

## **A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA E A PROPOSTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: POSSIBILIDADES**

Jamily Fehlborg<sup>1</sup>

### **Resumo**

Trata-se de um estudo teórico acerca do panorama político em saúde pública no Brasil, no qual a centralidade está dada na relação entre a formação do psicólogo e as políticas de Educação Permanente em vigor. Além disso, o texto traça um diminuto panorama histórico das políticas públicas de saúde e Políticas Públicas de Educação Permanente em Saúde após a década de 1970. Também argui como políticas diretrizes à Educação Permanente podem contribuir na formação do psicólogo brasileiro, o direcionando ao trabalho com a comunidade em suas particularidades e necessidades. Destaca com isso a importância da pesquisa na formação contínua do profissional de saúde, de acordo com sua responsabilidade social.

Palavras – Chave: História, Educação Permanente, Formação em Psicologia.

### **Abstract**

This is a theoretical study of the political landscape in public health in Brazil, which the centrality is given in the relationship between the formation of the psychologist and Permanent Education policies current. In addition, the text draws a miniature historical overview of public health policies and Public Policy of Continuing Health Education after the 1970s. Also argue how the political policies Continuing Education can contribute to the formation of the Brazilian psychologist, directing the working with the community in their particularities and needs. Accentuate the importance of research in continuous training of health professionals, according their social responsibility.

Key - Words: History, Continuing Education, Graduation in Psychology.

---

<sup>1</sup> Psicóloga, Doutora –Universidade Federal do Espírito Santo e Professora da Faculdade Pio Décimo, Aracajú/SE.

## **Introdução**

A trajetória das recentes políticas públicas de saúde mental brasileira possui influências de movimentos populares que definiram a história mundial em muitos aspectos, sobretudo nos direitos humanos (Ferreira Neto, 2011; Jacobi, 1993). A partir das primeiras décadas do século passado as Américas foram invadidas por uma atmosfera na qual imperava o “espírito global de revoluções” (Oliveira, 2012). Isso ocorreu em várias frentes como a luta contra a discriminação nos Estados Unidos, que uniu grande parte da população às causas humanitárias em prol do fim da segregação racial e promoção de direitos iguais entre os cidadãos (Quadrat, 2008).

Por outro lado, a grande insatisfação da população com os governos eminentemente neoliberais dos países Latino-Americanos e o sucesso do regime socialista na União Soviética, o qual reuniu muitos partidários nas Américas, eram ameaças à hegemonia norte-americana na economia. Esses movimentos revolucionários foram grandes incentivadores para a construção do que hoje se entende por políticas públicas no Brasil, principalmente no que tange a grandes

mudanças de paradigmas na área da saúde mental e da psicologia da atenção primária. Esses fomentaram uma atmosfera de lutas pela liberdade e por direitos dos mais básicos aos mais individualizados, os quais estão hoje bastante evidenciados no discurso que engendra a demanda aos profissionais de saúde pública no país (Oliveira, 2012).

As linhas que seguem discutem como as políticas públicas de saúde brasileiras foram influenciadas por movimentos sociais ao longo da história, e como permitiram conquistas inegáveis no campo da saúde após a constituição de 1988. A psicologia na saúde e os psicólogos também serão abordados em vários momentos do texto, entretanto a grande discussão apresentada será construída na interposição entre políticas públicas de Humanização, Educação Permanente em Saúde, a formação em saúde e atuação do profissional e a necessidade de adaptação às demandas sociais e políticas e as várias formas discursivas que os constitui.

## **Contexto Histórico e Político**

As políticas de saúde no Brasil possuem uma trajetória que não fogem aos ditames de valores neoliberais

apregoados pelo sistema capitalista, pois suas bases foram construídas sob a égide da exploração dos mercados consumidores de serviços de saúde privados (Jacobi, 1993; Brasil, 2011a; Brasil, 2011b). Com a vivência dos movimentos sociais em franca expansão, alguns conceitos estabelecidos em nossa sociedade como noção de respeito aos direitos humanos, gênero, política, entre outros, foram se modificando e tornaram-se presentes nas concepções éticas dos trabalhadores em saúde. A década de 1970 foi marcada por iniciativas de trabalhos coletivos em saúde comunitária e preventiva, como alternativa aos enormes custos praticados pelos prestadores de serviços de saúde ao sistema previdenciário. Esse contexto promoveu o empenho da população e dos profissionais do setor na busca por uma nova organização da saúde pública no país, o qual foi erigido por meio de manifestações populares frequentes (Brasil, 2011a; Brasil, 2006; Ferreira Neto, 2011; Freire, 2012).

A partir da Constituição de 1988 e da promulgação da Lei que instituiu o Sistema Único de Saúde – SUS (Lei 8.080 de 1990), a saúde passou a ser instituída política pública federal, o que

implica na intervenção do estado na organização, administração, e legalização desse setor em específico (Ferreira Neto, 2011). E como política pública instituída passou a compor a Seguridade Social brasileira, junto à assistência social e à previdência, cujos princípios básicos norteadores foram: *universalidade* que garante a saúde como direito de todos; a *equidade* define o acesso da população a todos os níveis de atenção à saúde, e por fim o princípio da *integralidade* reconhece a saúde “a partir da concepção de sujeito integral, biopsicossocial” (Freire, 2012 p. 33).

Sabe-se que o Sistema Único de Saúde está longe de atender às expectativas levantadas em sua gênese, no entanto vê-se que apesar do sistema de saúde brasileiro ser inspirado em sistemas como o dos países da Europa, Canadá e Nova Zelândia (Brasil, 2007) diariamente anuncia-se na mídia escândalos de desvio de verbas, descaso, negligência no sistema de saúde do país. Segundo Ferreira Neto (2011) e Silva (2009) o investimento anual do Brasil no Sistema de Saúde Pública é de 3,5 % de seu PIB, enquanto que países como os acima citados

gastam de 7 a 9% de seus PIB em saúde.

Além de problemas de gestão, administração e financiamento do Sistema Único de Saúde, a integralidade entre os três níveis da atenção em saúde parece ser uma dificuldade premente entre as ações planejadas da saúde. Segundo Oliveira (2012), houve um distanciamento conceitual entre a saúde mental (atenção psicossocial) e a atenção primária (saúde coletiva) que partiu da percepção da primeira como especialidade e não como um saber transversal para o conceito biopsicossocial de saúde. Alguns esforços vêm sendo propostos para a integração do saber psi na atenção básica e de média e alta complexidade (Brasil, 2011a). A legislação produzida após a Constituição de 1988 foi dando corpo ao sistema de saúde como um todo até agora, por isso muitas áreas ainda não haviam sido contempladas com o princípio da integralidade, que demonstra a dificuldade do sistema em avançar.

Entretanto, segundo Campos (2007) a implantação do projeto SUS se dá de forma parcial nas modalidades de atenção, pois de fato ainda não houve a efetiva implantação dos princípios

determinantes do pleno funcionamento do SUS. Tem-se no país ainda fragmentos de redes de atenção - ambulatoriais e hospitais - configuradas com burocracia, dispêndio de gastos e com eficiência questionável, as quais grande parte são baseadas na compra de serviços à hospitais privados ou filantrópicos da rede suplementar. Devido aos poucos investimentos federais na estruturação de serviços mais complexos.

Certamente pela concepção de saúde como um processo integral, que considera saudável um sujeito que possui autonomia em seu ambiente (físico e social), é necessário o investimento cada vez maior em programas que possam preparar trabalhadores em saúde para atuação junto a população usuária do SUS na atualidade. Segundo Silva (2011) o crescimento da incidência de doenças crônicas (hipertensão, diabetes, entre outras), doenças crônicas – degenerativas (como o câncer, tuberculose, HIV/Aids), quadros agudos (dengue, doenças respiratórias, traumas causados pela violência urbana e acidentes de trânsito) após o crescimento do capitalismo, a urbanização do país, o aumento da taxa

de fecundidade nas famílias e o aumento da expectativa de vida da população em geral, agregam maiores demandas anualmente ao setor hospitalar e ambulatorial na saúde.

Em acréscimo, o SUS foi construído em uma base sanitária que firmou a integralidade como ponto irremediável do sistema, pois garante ao usuário garantia de acesso a ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na rede pública de saúde. O conceito de integralidade acompanha as formas mais atuais de definição de saúde focada no indivíduo, na comunidade e na família. Entretanto, o conceito de integralidade pouco é levado em conta quando o atendimento ao usuário, hospitalizado ou não, que comparece aos serviços públicos ou até mesmo os privados.

No entanto, a psicologia enquanto área técnica atua em frentes dos mais diversos dentro da rede de atenção à saúde do SUS e saúde suplementar (Silva, 2002). De acordo com Ferreira Neto (2011) a profissão de psicólogo está presente em grande parte das políticas públicas oferecidas pelo estado à população. Mas no passado se restringiu às organizações, às escolas e principalmente ao consultório

individual, segundo Bock (1999). A partir da década de 1980 as políticas públicas se tornaram grandes empregadores para os psicólogos, e chegaram a atrair 10,08 % dos profissionais registrados no conselho em 2006 (Bernardes, 2007). Segundo Bernardes (2007) após 2000 devido ao fechamento do mercado consumidor para os serviços autônomos e o aumento do número de profissionais formados no país, o perfil da profissão foi sendo alterado ao longo do tempo de profissional liberal para assalariado. A partir daí dados atuais demonstram que a atuação desloca-se de profissional liberal para o profissional social assalariado nas políticas públicas de assistência e saúde na década atual (Ferreira Neto, 2011; Yamamoto & Costa, 2010).

A forma encontrada para atender melhor o usuário em suas necessidades para além da cura, vem sendo discutidas em todo o mundo desde 1978 (WHO, 1978), essas são estreitamente relacionados a fatores ambientais, comportamentais e sociais, cuja resultante é retratada na qualidade do atendimento e do bem estar do sujeito durante seu tratamento. O movimento em prol da adoção de práticas mais

humanizadas em saúde ganhou força internacional, e em conjunto com a história política e social do Brasil, resultou em uma política pública para a humanização de serviços de saúde no país a partir 2003. Este documento, carinhosamente chamado de Humaniza SUS possui três grandes objetivos: reforçar a qualidade e a dignidade no cuidado em saúde; organizar e promover iniciativas de humanização dentro do Sistema e organizar a gestão do trabalho em saúde favorecendo os trabalhadores e usuários (Fracolli e Zoboli, 2011; Abreu, Glória Jr. e Seixas, 2011; Hoepfner, 2012).

A humanização por esse documento é uma política transversal na Rede SUS, pois atravessa suas diferentes ações e instâncias gestoras culminando em interface com outras políticas integradoras como a política de educação permanente em saúde. Entende-se que não há mudanças possíveis sem que seja abordada a formação dos profissionais envolvidos no processo, pois segundo Lima et. al. (2010) a maioria dos profissionais foram formados em modelos antigos do cuidado em saúde, cujas bases estão no modelo médico curativo com foco na doença, em oposição ao atuais modelos

preventivos e de promoção focados na saúde. A formação em questão aborda o trabalho da Educação Permanente em Saúde, que atua desde 2007, formando profissionais mais alinhados as propostas de atendimento à população que deve ter por base o vínculo do cuidado (Campos, 2003), por meio de palestras, grupos de discussão, reuniões de equipe, seminários, etc.

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PEPS) estipula responsabilidades na elaboração e realização dos planos de educação em saúde para os estados da federação (Brasil, 2009). Sendo a diretriz principal a problematização das práticas realizadas no âmbito do SUS, que figura como orientadora dos planos de educação continuada a serem ofertados aos profissionais, principalmente no fortalecimento das equipes multidisciplinares atuantes na Estratégia Saúde da Família. As ações de formação e aperfeiçoamento ofertadas devem abordar ampliação do conhecimento acerca dos impasses encontrados na implantação da Política de Humanização, que estimula a prática de resolução de problemas em equipe bem como a troca de experiências de

trabalho nas redes de saúde e sócio-assistenciais.

Humanização é a ação e efeito de humanizar, tornar mais sociável, mais tratável, de acordo com o dicionário Houaiss (Houaiss, 2009). De acordo com Zombini, et. al. (2012) a humanização envolve profissionais capacitados a transformar e produzir cuidado diferenciado em saúde, pois humanizar é trabalhar com práticas intersubjetivas que permitem destacar pontos relevantes para a saúde daquele indivíduo à sua frente no momento do cuidado. Humanizar é trabalhar personalizando o sujeito e individualizando os cuidados, a fim de que o usuário do serviço de saúde não seja somente um órgão a ser cuidado, mas uma pessoa com os vários aspectos que compõem sua saúde (Pegnatto, et. al. 2012).

A origem do termo “*cuidado*” é do latim “*cura*” e em termos semânticos pode-se relacionar a palavra cuidar com a expressão *cogitatum* que significa pensar, despender atenção, mostrar interesse por, preocupar-se com outrem (Cunha, 2000). O cuidado faz parte das relações humanas de coexistência social em determinados ambientes, cuja intensidade vai variar entre a demanda,

o compromisso, significado, respeito, segurança, apoio, atitude moral, empatia, ética, entre outros. O cuidador em saúde (o profissional de saúde) assiste o sujeito em prol da promoção de seu bem-estar, entretanto nessa ação não se pode “descuidar” da manifestação de desejos e sentimentos alheios correndo o risco de atropelar o sujeito que é cuidado. Nesse sentido, um atendimento humanizado é voltado eticamente para cura, porém também deve conter valores imprescindíveis como acolhimento, estabelecimento de vínculo, diálogo, informação, atendimento das necessidades do sujeito “doente” (Fracolli e Zoboli, 2011).

O modelo médico curativo biologicista prepara os profissionais de saúde para vivências nas quais o paciente se transforma em um órgão doente que precisa de cuidados. Pouco é explorada e trabalhada a relação interpessoal, a empatia entre o profissional e o “doente”, pois em geral há dificuldades no diálogo entre essas instâncias (Fracolli e Zoboli, 2011; Abreu, Glória Jr. e Seixas, 2011). Por conseguinte, desde a implantação e efetivação da Política de Humanização da Atenção e

Gestão em Saúde em 2004<sup>2</sup>, um dos princípios organizadores é a valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão em saúde. (Campos, 2001; Campos e Domitti, 2007; Silveira e Vieira, 2009) Para a implementação das ações dessa política foram traçados 6 eixos estratégicos formando frentes de trabalho, entre estes destaca-se as intervenções no terceiro eixo: na educação permanente em saúde - das ações de formação de profissionais na graduação, pós-graduação e extensão em saúde, e de criação de ambientes de aprendizagem participativa - , cujo o foco é o cuidado a atenção coletiva centrada na saúde como “estado de bem estar físico, mental e social” (Brasil, 2004; Campos, 2001; Campos e Domitti, 2007; Lima, et. al. 2010; Silveira e Vieira, 2009). Levando-se em conta a importância do terceiro eixo estratégico apontado acima, o Ministério da Saúde em conjunto com o de Educação propuseram em 2007 o Programa Nacional de Reorientação da formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde), com vistas a preparar

profissionais de várias áreas da saúde para atuação na Atenção Básica (Brasil, 2007).

Segundo o que é tratado na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) a formação de recursos humanos na área da saúde é dever do SUS, daí o lançamento da portaria 198/GM/MS, de 13 de fevereiro de 2004 que institui a Política Nacional de Educação na Saúde (PNES) como estratégia para a operacionalização da formação em saúde.

A política prevê Pólos de Educação Permanente em Saúde por todo país, as quais são dispositivos do SUS para a gestão locorregional da formação e do desenvolvimento em saúde. Estes são centros nos quais há a reunião de profissionais de uma determinada região com a finalidade de formação e educação permanente. Esta é uma das estratégias utilizadas, que durante muito tempo fora a principal, entretanto essa principal ação tornou-se inviável em alguns aspectos como a distância e a dificuldade de acesso em alguns casos por ser o Brasil um país continental e com muitos problemas de mobilidade (Brasil, 2011).

Ao longo do tempo outras estratégias foram sendo pensadas como

---

<sup>2</sup> Foram encontrados variações quanto ao ano exato de início das ações da PNH, portanto foi adotado o ano de 2004, que foi o ano de publicação da norma que institui o Programa.

complemento à ação dos Pólos de Educação Permanente, foram a Educação a Distância e o Pró-Saúde. Uma ação conjunta de dois ministérios - Saúde e Educação - com vistas à reorientar a formação de profissionais em eixos simultâneos de integração entre a prática do serviço público de saúde e a preparação teórica vinda das Instituições de Ensino Superior, os quais possuem objetivos em comum que são: a produção do conhecimento, aperfeiçoamento e adequação aos serviços básicos de prestação de serviços à comunidade e construir o fortalecimento do SUS. Durante a maior parte da história da saúde no Brasil houve distanciamento entre os mundos acadêmico e o da prestação dos serviços de saúde, cuja gravidade parece ser dissipada a partir da iniciativa de conciliar a formação acadêmica com a Estratégia Saúde da Família (Brasil, 2007).

De acordo com Pasche (2010) humanizar a formação é também orientar as equipes multiprofissionais na produção de saúde por meio de diretrizes ético-políticas de acolhimento, gestão democrática, clínica ampliada, valorização do trabalho e garantia de direitos dos

usuários. Para esse autor Humanizar é utilizar estratégias de educação permanente para o aperfeiçoamento e formação continuada de profissionais que compartilhem informações e saberes em equipes, pois é através da intervenção que a principal fonte de aprimoramento acontece - técnica e prática.

Uma das maiores contribuições da academia para a Política de Humanização e educação permanente e para o trabalho integrado das equipes de saúde da família é sem dúvidas a política de humanização e educação que possui no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde) sua estratégia mais eficaz para a formação segundo a avaliação desse autor (Pasche, 2010). Além da integração da teoria e prática o PET-Saúde pode proporcionar também a possibilidade de produção de conhecimento interdisciplinar pela atividade de pesquisa integrada à atividade prática como produtora de novos conhecimentos sobre a população atendida, é contribuição possível das estratégias de humanização e educação para a formação de novos profissionais (Ferraz, 2012).

O PET-Saúde é uma parceria entre a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) do Ministério da Saúde e a Secretaria de Educação Superior (Sesu) do Ministério da Educação. Possui como objetivo geral a integração ensino-serviço-comunidade, por meio das atividades integradas de ensino, pesquisa e extensão. O programa é uma iniciativa pedagógica diferenciada que agrega cursos de graduação da área da Saúde, fortalece a prática e aproxima a universidade do SUS. Nesse novo sistema estudantes de diferentes formações são mediados por professores e profissionais no atendimento a famílias e comunidades. Essa prática valoriza o trabalho em equipe a integração entre as peculiaridades das profissões, e sobretudo a humanização do cuidado e a criação do vínculo entre equipe de saúde e comunidade (Brasil, 2013)

Para atender ao conceito de integralidade (um dos princípios alicerçantes do SUS) o profissional de saúde deve estar atento às necessidades que transcendem a cura da patologia física. A humanização se cerca de procedimentos diferenciados que abrangem desde o primeiro contato com

o paciente até o atendimento de familiares, pois o conceito de humanização se ramifica ao conceito biopsicossocial de saúde. Essa interrelação de proximidade se dá por que ao personalizar e humanizar o atendimento, o profissional de saúde entende a saúde como um conjunto de aspectos para além do simples cuidado físico. Nesse sentido, o trabalho se dá também nos demais aspectos implicados na saúde como a percepção correta da doença, a previsibilidade dos sintomas, o prognóstico, o apoio familiar, entre outros.

A política de humanização e de educação em saúde nada mais são que fruto da evolução de nossa sociedade no caminho da experiência de cidadania e em defesa de valores ligados ao respeito mútuo pela universalização dos direitos humanos. A ênfase do resgate dos direitos humanos é citada em contraposição ao processo histórico de constituição política brasileira, nos quais os direitos do cidadão foram esquecidos durante os duros anos da ditadura militar. Na contramão do passado, a atualidade promove debates e trocas de experiências que formam profissionais cuja visão contempla a mudança de sentido no antigo conceito

de “doente” para sujeito de direitos, ou seja, o cidadão.

### **A psicologia e a Educação Permanente em Saúde**

Segundo Michaliszyn (2006) a educação em saúde não é um novo campo científico, mas uma área onde são entrelaçadas várias disciplinas que pretendem motivar indivíduos e coletividades a adotarem atitudes e práticas para a promoção de saúde. Nesse sentido, a psicologia trabalha de forma conjunta a outras especialidades no alcance de um objetivo em comum que sai do plano exclusivamente preventivo para a promoção, que envolve condições sociais, políticas, econômicas ambientais, organizacionais e reguladoras de comportamentos individuais e coletivos (Candeias, 1997). Práticas educativas são eficientes quando observam a diversidade cultural e social envolvidas, e o sentido dos discursos circulantes sobre saúde e doença, bem como conceitos como higiene, entretanto não é o que se encontra na prática. Em práticas educativas tradicionais em saúde o saber popular é pouco valorizado, pois não é reconhecido como baseado em dados científicos.

Porém, essa interface entre o saber popular e o saber da ciência é campo fértil para o trabalho da psicologia na educação em saúde, principalmente da psicologia construcionista, pois através da pesquisa com o olhar da psicologia social construcionista é possível estreitar os caminhos para a eficiência de processos de educação com a produção de conhecimento acerca da população atendida. De acordo com Ceccim (2005) os processos de subjetivação humanos necessitam da interface entre a criação de formas de interpretação cristalizada e de novas composições subjetivas de convivência com o inusitado e o diferente, pois daí resulta a produção de saberes reformado. É essencial pensar na educação em saúde por uma vertente integradora de sentidos territoriais, uma vez que visões de mundo e hábitos são criados e mantidos nos diversos territórios pelo país, os quais são uma verdadeira profusão de sentidos e diferenças. Dado a relevância da diferença e da operacionalização da formação de profissionais para cada território, por isso a configuração e a imposição dos Pólos de Educação Permanente, com sua composição

múltipla e complexa é tão importante (Ceccim, 2005).

### Conclusão

Como a realidade social e os processos grupais são dinâmicos ao longo do tempo e de sua história (Ciampa, 1984) é importante trabalhar com uma perspectiva nova de percepção da realidade, na qual o psicólogo em formação precisa adquirir o compromisso de ser um constante pesquisador do social e dos discursos para que a população tenha sempre o seu discurso ouvido e integrado ao saber científico, bem como para que o saber retorne a quem é devido. Contudo percebe-se uma dificuldade de que a política e os programas de formação em saúde trabalhem com a parceria das instituições privadas de ensino, o que poderia trazer bastante benefícios não somente aos discentes em sua formação, mas também a ampliação de atendimentos população.

### Referências:

- Brasil, Ministério da Saúde. Cartilha da Política Nacional de Humanização do SUS (Brasil, 2004)  
- Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de

Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

- Brasil, Ministério da Saúde. Portaria número 154 de 2008  
<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>

Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.

- Brasil, Ministério da Saúde. Política nacional de promoção de saúde pag  
<http://dab.saude.gov.br/nasf.php>  
Brasil, 2011a

- Brasil, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde**. Brasília: CONASS, 2011b.

CAMPOS, G. W. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CECCIM, R. B. (2005) Educação Permanente em Saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Rio de Janeiro: Ciência Saúde Coletiva vol.10(4).

CECCIM, R. B. (2005). Réplica Botucatu: **Interface** v. 9 (16).

CIAMPA, A.C. (1984). Identidade. In: W. Codo & S. T. M Lane (Orgs.). *Psicologia social: o homem em movimento* (pp. 58-75), São Paulo: Brasiliense.

- FREIRE, Ângela Biazi. Políticas públicas e sistema de saúde no Brasil. In: GIOIA-MARTINS, Dinorah Fernandes. **Psicologia e Saúde: formação, pesquisa e prática profissional**. São Paulo: Vetor, 2012.
- JESUS, et. al. Epidemiologia em Saúde Mental. In: FILHO, Naomar de Almeida; BARRETO, Maurício L. **Epidemiologia & Saúde: Fundamentos, métodos e aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.
- SPINK, Mary Jane (Coord.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.
- WHO, 1992
- COSTA-ROSA, Abílio; LUZIO, Cristina Amélia e YASUI, Silvio. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: SCLiar, Moacyr [et. al.]. **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: NAU, 2003.
- FERREIRA NETO, João Leite. **Psicologia, Políticas Públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.
- FIGUEIREDO, A. C. A construção do caso clínico: uma contribuição da psicanálise à psicopatologia e à Saúde Mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**: 7(1), 2004.
- FOUCAULT, Michel. Doença Mental e Psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.
- \_\_\_\_\_. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- FREIRE, Ângela Biazi. Políticas públicas e sistema de saúde no Brasil. In: GIOIA-MARTINS, Dinorah Fernandes. **Psicologia e Saúde: formação, pesquisa e prática profissional**. São Paulo: Vetor, 2012.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8<sup>a</sup> Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- GOFFMAN, Erving. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva 1992
- GOLDENBERG, J. (2001). Reabilitação como processo – O Centro de Atenção Psicossocial. In: Pitta, A. (org) (2001). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec.
- JACOBI, Pedro. **Movimentos Sociais e Políticas Públicas: demandas por**

**saneamento básico e saúde.** São Paulo: Cortez, 1993.

QUADROS, L. C. M. ; GIGANTE, D. P.; KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R. Transtornos Psiquiátricos Menores em Cuidadores Familiares de usuários de Centros de Atenção Psicossocial no Sul do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(1):95-103, 2012.

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Genebra, 1948.

PEREIRA, M. C. Ulysses Pernambucano e a questão da Higiene Mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, 2005

PITTA, Ana. Tecendo uma rede de cuidados em Saúde mental. In: VENANCIO, Ana Teresa A. e CAVALCANTI, Maria Tavares (org). **Saúde Mental: Campos, Saberes e Discursos.** Rio de Janeiro: IPUB/CUCA, 2001.

OLIVEIRA, Walter Ferreira. Reforma Psiquiátrica e Atenção Psicossocial: Contextualização sócio histórica, desafios e perspectivas. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental.** Florianópolis, v.4, 2012.

RESENDE, Heitor. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: TUNDIS, Silvério Almeida e COSTA, Nilson Rosário (org). **Cidadania e Loucura: Políticas de Saúde Mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 2000.

SARACENO, Benedito. Reabilitação Psicossocial: Uma estratégia para a passagem do Milênio. In: Pitta, AT. (org) (2001). **Reabilitação Psicossocial no Brasil.** São Paulo: Hucitec.

SILVA, Rosalina Carvalho. **Metodologias Participativas para trabalhos de promoção de Saúde e Cidadania.** São Paulo: Vetor, 2002.

SILVA, S. F. Sistema Único de Saúde 20 anos: avanços e dilemas de um processo em construção. **Saúde em Debate**, v. 35, 2009.

SPINK, Mary Jane (Coord.). **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

QUADRAT, Viz Samantha. A emergência do tema dos direitos humanos na América Latina. In: FICO, Carlos; FERREIRA, Marieta M.; ARAÚJO, Maria Paula; QUADRAT, Viz Samantha (org). **Ditadura e Democracia na América Latina:**

**Balanco Histórico e Perspectivas.** Rio

de Janeiro: FGV, 2008.

YAMAMOTO, O H. & COSTA, A. L.

F. **Escritos sobre a profissão de**

**Psicólogo no Brasil.** Natal: EDUFRN,

2010.