

REDES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E A FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

Marina Simões Flório Ferreira Bertagnoli

Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Ana Luzia Lemes Pinto

A implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal de 1988 pode ser apontada como resultado do processo de redemocratização do Brasil nas décadas de 1970 e 1980, período em que a emergência de novos sujeitos políticos, unidos em torno de uma mesma concepção de saúde e capazes de transformá-la em um objetivo institucional abriu espaço para a articulação deste Sistema como política pública (MENICUCCI, 2006), estruturada com base nos princípios de universalidade, integralidade e equidade da assistência (BRASIL, 1990).

Em consonância com a crítica proposta pelo Movimento Sanitário brasileiro, cujas principais contribuições podem ser definidas como a concepção da saúde como direito de todos os cidadãos e o fortalecimento das críticas a um paradigma assistencial fundado no saber biomédico, até então hegemônico no país (COHN, 1989; CAMARGO JR., 1992; PAIVA e TEIXEIRA, 2014), a implantação do SUS constituiu uma matriz universalista e de abrangência nacional, ampliando tanto a cobertura populacional da assistência em saúde quanto às possibilidades de acesso da população aos serviços (ELIAS, 2009), levando à reorganização das práticas assistenciais e de gestão em saúde no país.

Contudo, a proposta de reconstrução da lógica assistencial e gerencial esbarrou na necessidade de definição de responsabilidades e limites para a atuação dos três entes federados (União, Estados e Municípios), além de um ordenamento mínimo para a estruturação dos espaços e fluxos de atuação profissional dentro do Sistema.

A necessidade de ordenamento das novas práticas assistenciais, ensejadas pela formalização do SUS levaram, no campo da Saúde Mental, à aprovação da Lei 10.216, de 06 de abril de 2001. Apresentada pelo deputado Paulo Delgado, esta lei teve como objetivo promover a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil e sua aprovação pode ser destacada como um dos importantes resultados de um movimento que teve início nos anos de 1970, conhecido como “Reforma Psiquiátrica”.

Com o objetivo de repensar e reformular as políticas públicas de saúde mental, a Reforma Psiquiátrica buscou garantir, para a pessoa em sofrimento psíquico, a preservação de seus direitos e de sua cidadania, oferecendo uma rede assistencial comunitária, capaz de possibilitar a realização do tratamento e acompanhamento no território de residência e relações do indivíduo, próximo à sua família e meio social.

Pode-se afirmar que a Reforma Psiquiátrica está relacionada a uma mudança paradigmática e não apenas do modelo assistencial (BEZERRA, 2007; ONOCKO-CAMPOS, 2001) que fundamentou-se, tal como o Movimento Sanitário brasileiro, em diretrizes orientadas pela crítica ao modelo curativista, propondo a transformação das práticas nas instituições de saúde mental que, antes hospitalocêntricas e asilares, passaram a buscar novos modelos de intervenção (NICÁCIO, 1994).

A proposta de que a assistência pudesse ser construída de modo horizontal e integrada ao contexto de inserção social destes indivíduos, ganhou força, instituindo-se como perspectiva viável na atenção dispensada às pessoas em sofrimento mental, encontrando apoio nos princípios do SUS (COSTA et. al, 2013).

No plano assistencial, foi preciso reorganizar a rede de atenção, tirando a centralidade dos hospitais e voltando-se para a comunidade. Também foi preciso repensar a clínica, deixando o modelo individual tradicional e propondo práticas que considerassem as diversas dimensões da vida dos indivíduos, trabalhando em equipe multiprofissional e próximo a outros equipamentos da comunidade. No plano sociocultural faz-se ainda importante compreender a loucura para além do discurso psiquiátrico, buscando considerar o ser humano que vivencia o sofrimento, os sentidos que constrói para suas experiências e o modo como esta se insere em sua história de vida. Com isto, buscou-se promover a aproximação da sociedade em relação a estas vivências, permitindo perceber que não são tão distantes de seus próprios sentimentos e sentidos.

Para garantir a efetivação destas mudanças, houve grande trabalho no plano político, com proposição de leis federais e portarias ministeriais, orientando a assistência em saúde mental e deslocando verbas para o financiamento dos novos dispositivos de tratamento.

Exemplo deste movimento é a Portaria Ministerial nº 336/2002, que estabelece a normatização dos CAPS como equipamentos de assistência aos usuários com demandas de saúde mental, álcool e outras drogas. (BRASIL, 2002). Seu objetivo era garantir que tais serviços pudessem realizar prioritariamente o atendimento de usuários com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não nintensivo.

A proposição dos CAPS foi resultado de um processo de questionamento dos tradicionais equipamentos assistenciais em Saúde Mental e das mal-sucedidas tentativas de mudança. Contudo, a transformação protocolar dos serviços não ensejou, obrigatória ou imediatamente, uma mudança efetiva no plano assistencial, havendo ainda a necessidade de repensar a assistência integrada a outros serviços, com o intuito de operacionalizar um modo de cuidado efetivamente integral e promotor das condições mais adequadas para a (re)inserção social dos usuários em sofrimento mental.

A proposição formal de articulação entre os serviços de saúde no SUS se deu através da Portaria Ministerial nº 4279/2010, que estabeleceu as “diretrizes para a estruturação da Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde e aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços que necessita com efetividade e eficiência” (BRASIL, 2010).

Dentre as diferentes Redes de Atenção planejadas para consecução do objetivos estabelecido pela proposta de implantação da RAS está a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), estabelecida pela Portaria Ministerial nº 3088/2011, que visou um maior alinhamento dos CAPS com os princípios e equipamentos de saúde já existentes no SUS, com a perspectiva de oferta e fortalecimento de uma lógica assistencial ampliada. Os objetivos da RAPS são: ampliar o acesso da população em geral à atenção psicossocial, promover o acesso dos usuários e seus familiares aos pontos de acesso; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado, o acompanhamento e o atendimento às urgências (BRASIL, 2011).

A implantação da RAPS fortaleceu a proposta de que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) atuassem de forma a assumir papel estratégico na articulação das redes existentes na sociedade, tanto cumprindo suas funções na assistência direta aos usuários quanto na regulação das demais rede de serviços de saúde, desenvolvendo parceria estreita com: a Atenção Básica em saúde (Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família); equipes de atenção básica para populações específicas (Equipe de Consultório na rua e Equipe de apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório); Centros de Convivência; equipamentos de atenção psicossocial especializada (CAPS, atendimentos de urgência e emergência); atenção residencial de

caráter transitório; atenção hospitalar (Hospital Geral e Hospital de Referência para atenção os usuários preconizados pela RAPS); estratégias de desinstitucionalização (Residências Terapêuticas) e reabilitação social (BRASIL, 2011).

Ao mesmo tempo em que as inovações no modelo assistencial foram incentivadas, inovações nas modalidades de gestão enfrentaram (e enfrentam) resistência em grande parte fundamentada por um histórico negativo.

Pode-se afirmar que o caráter inovador da RAPS demanda esforço na implantação de uma organização ajustada às suas necessidades, sendo necessário explicitar os pressupostos conceituais sobre a organização do trabalho e do modelo assistencial na qual estão inseridos.

De acordo com Vasconcellos (2010) é a interdisciplinaridade, fomentada de modo explícito pela articulação dos serviços em Rede no Sistema Único de Saúde, que fornece o caminho para um cuidado plural, onde o que liga todas essas disciplinas é o próprio usuário. Essa forma de atuar faz com que o serviço possa caminhar no sentido da integralidade, fugindo da assistência reducionista que não considera as diferenças e variáveis sociais. O autor aponta ainda que apesar de gerar um sistema que olhe mais para o paciente como um todo, a interdisciplinaridade pode criar uma necessidade de um melhor manejo dos outros problemas que nascem desse contexto multidisciplinar.

Contudo, segundo Abuhab et al. (2005), os profissionais que trabalham nessas equipes, geralmente, são provenientes de modelos ambulatoriais, com experiência em serviços assistenciais voltados para o modelo biomédico e hospitalar. Devido a isso, muitas vezes o trabalho da equipe fica prejudicado pela dificuldade de se adequar a este novo modelo assistencial que não se restringe apenas às práticas assistenciais, mas também se configura como um movimento político, ideológico e social dentre outros.

Assim, embora os últimos 40 anos de assistência à saúde no Brasil estejam marcados por muitas mudanças referentes ao modo como se organiza o cuidado oferecido a pessoas com sofrimentos diagnosticados como transtornos mentais e para aqueles que fazem uso problemático de substâncias, é preciso considerar que para que estas propostas possam se concretizar é necessário que elas estejam refletidas e contempladas na formação dos profissionais que atuarão na Rede de Atenção Psicossocial e nos demais serviços que compõem o Sistema de saúde.

A Psicologia tem um histórico de formação voltado para atender a questões do indivíduo, com foco em estratégias de cuidado individuais. Isto se refletiu na organização da formação de psicólogos, com estágios sendo realizados em clínicas escolas, visando desenvolver técnicas que auxiliassem na transformação do indivíduo sem, muitas vezes, considerar uma perspectiva mais ampliada das condições de vida dos usuários atendidos, seus recursos e potencialidades.

Segundo Bezerra Jr. (2007) as novas formas de organização de equipes, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, bem como a articulação entre os aspectos clínicos e políticos da atenção psicossocial, são todos temas fundamentais para a formação de profissionais capazes de atuar nesses contextos reformistas, e que na atualidade se encontram como grandes entraves para a adequação.

Psicologia e ações em saúde coletiva: escuta qualificada a serviço da gestão e do cuidado

Com a Reforma Psiquiátrica e a reestruturação do modelo assistencial voltado aos portadores de doenças mentais e/ou uso de álcool e outras drogas, o psicólogo passou a ocupar novos espaços de atuação dentro dos serviços públicos. Estudos como o realizado por Macedo e Dimenstein (2012), demonstram que os psicólogos dos CAPSs atuam

na participação e desenvolvimento de triagens, estando à frente nos serviços de acolhimento, atendimentos individuais, com base no modelo psicoterápico breve, trabalhos com grupos de usuários, oficinas terapêuticas e oficinas laborais.

É possível afirmar que os impasses e desafios enfrentados pelos psicólogos nos serviços CAPS são inúmeros. Essas dificuldades surgem justamente de um modelo de formação acadêmica que prepara o profissional para uma atuação extremamente voltada para a prática clínica (CANTELE, ARPINI e ROSO, 2012). A defasagem entre os conteúdos discutidos na formação e o que os profissionais vivem nesses serviços é clara. Profissionais da área relatam que a formação apenas fornece “uma base” para o trabalho, mas que a experiência no serviço permite perceber o quanto conteúdos voltados para a discussão da prática na saúde pública (incluindo aspectos da reforma psiquiátrica) se faz necessário (SALES e DIMENSTEIN, 2009).

A maioria dos cursos de formação em Psicologia não promove um diálogo entre a prática em Saúde Mental e os pressupostos do Sistema Único de Saúde, conforme apresentado por Guareshi et. al (2009), impedindo que suas práticas visem à saúde coletiva e preventiva.

Vê-se que, apesar da mudança de paradigma assistencial, o profissional psicólogo ainda se restringe às práticas que “condizem” apenas à sua formação acadêmica. Ressalta-se, portanto, que a implantação da perspectiva de cogestão no campo da saúde pode promover uma visão transversal, a rediscussão dos limites do cuidado prestado por serviços de saúde, permitindo a ampliação do campo de atuação de outros profissionais, com especialidades não médicas (como o psicólogo), na atenção aos usuários, profissionais e gestores do sistema.

Nesta perspectiva, e incorporando a contribuição que a própria tradição clínica da Psicologia oferece, pode-se afirmar que o psicólogo poderia atuar na cogestão do serviço em duas frentes principais: com a equipe de saúde, identificando demandas relacionadas ao próprio processo de trabalho, como, por exemplo, dificuldades de comunicação entre os funcionários ou, ainda; na orientação direta de estratégias para o acolhimento e manejo terapêutico dos usuários. Pode-se considerar, ainda, a possibilidade de atuação deste profissional num campo ampliado, sendo um facilitador da comunicação entre as equipes de saúde, a gestão municipal e os usuários do sistema público de saúde, com os quais devem compartilhar conhecimentos que permitam uma efetiva cogestão de recursos (financeiros e humanos) e serviços, com a redefinição de parâmetros de produtividade e qualidade nas unidades de saúde mental (CAMPOS, 1998).

Favorecendo esta perspectiva ampliada de atuação, há que se considerar a consolidação da política de educação para o SUS, que requer a construção de espaços coletivos, locais e regionais, com capacidade de desenvolver a Educação Permanente das equipes de saúde com melhor qualidade. Tais espaços podem ser instâncias de articulação interinstitucional para a gestão da educação em serviço e devem promover relações orgânicas entre as estruturas de gestão da saúde (práticas gerenciais e organização da rede), as instituições de ensino (prática de formação, produção de conhecimento e prestação de serviço), os órgãos de controle social (conselhos de saúde, movimentos sociais e de educação popular) e os serviços de atenção (trabalhadores e suas práticas).

As mudanças de concepções e práticas de saúde mental dependem da ruptura com a alienação do trabalho e formativa, do resgate da possibilidade de produzir conhecimento a partir das práticas e da democratização da gestão. É na construção e potencialização destes diálogos que o psicólogo pode atuar, fortalecendo indivíduos e, sobretudo, o próprio sistema através da articulação de projetos interligados e com bases sólidas para sustentação e reajustamento do projeto formal de assistência e gestão na saúde pública e mental.

Sobre a formação em saúde mental

Para colaborar com a transformação da clínica e assim apoiar a consolidação de políticas públicas em saúde mental, a formação oferecida aos psicólogos na disciplina de Psicopatologia é fundamental. Esta disciplina faz parte da grade curricular obrigatória da maioria dos cursos de Psicologia do país e muitas vezes apenas reproduz materiais advindos das classificações de transtornos mentais. Com isto, o aluno tem uma visão limitada e reificada do que é nomeado transtorno, contribuindo para que sua prática seja apenas curativa, utilizando estratégias para eliminação do que é considerado como sintoma.

Para ampliar esta discussão, propõe-se que a disciplina de Psicopatologia seja trabalhada de modo crítico, analisando-se os diferentes discursos que, no decorrer da história, foram construindo sentidos para as experiências por ela estudadas. Ao identificar e reconhecer estes discursos compreende-se que as classificações diagnósticas utilizadas atualmente são construídas em um contexto sócio histórico e torna-se possível analisar as condições de emergência deste discurso e as implicações destas construções.

Reconhecer que há um poder legitimado dos discursos hegemônicos no campo da Psicopatologia auxilia o estudante de Psicologia a não apenas reproduzir estes discursos, mas a perceber como ocupam um lugar de controle e regulação. Discussões sobre a impossibilidade de afastamento do trabalho para cuidar de questões pessoais, mas a legitimação deste sofrimento via diagnóstico de depressão ilustram como decisões legais e trabalhistas estão organizadas ao redor de compreensões da Psicopatologia. É importante também compreender como os discursos atuais sobre a Psicopatologia silenciam outras discussões. Hansen, Bourgois e Drucker (2002) descrevem como com a redução drástica do Estado de Bem-Estar Social nos EUA, aumentou-se o número de pessoas que recebiam benefícios sociais devido a problemas psiquiátricos. Os autores chamam de “medicalização da pobreza”, pois apenas através do discurso psiquiátrico de doença tornou-se possível continuar recebendo benefícios que auxiliam a ter condições mínimas de sobrevivência. Assim, mesmo tendo que lidar com o estigma que a doença mental traz, esta passou a ser percebida como o único caminho legítimo para pessoas de baixa renda continuarem a ter moradia e condições de vida digna e, com isto, serem respeitadas. Ou seja, aceita-se um estigma para fugir do outro. Para os autores, é através do diagnóstico psiquiátrico que encontram um caminho em seu contexto de pobreza para terem maior segurança, e com isto, estabilidade emocional. Chamam também a atenção para o fato de que a medicalização da pobreza leva a novos riscos, como os efeitos iatrogênicos dos medicamentos e a dificuldade de reinserção no mercado de trabalho, cristalizando o posicionamento de doente.

Faz-se também importante a discussão sobre como dificuldades na organização da rede de atenção terão um impacto no *self*. A falta de investimento em equipamentos da RAPS, como nos CAPS, deixam os serviços com número de profissionais e com horários de atendimento reduzidos e também sem espaço para capacitação das equipes para o trabalho na área. A proposta de construção conjunta de um Projeto Terapêutico Singular acaba se resumindo ao encaminhamento a um grupo de apoio ou a uma oficina, sem haver realmente uma análise do que beneficiaria aquela pessoa. Observa-se que os atendimentos dos CAPS ficam centrados no oferecimento da medicação para controle dos sintomas e que muitas pessoas se institucionalizam nestes serviços, tendo suas descrições de *self* reduzidas ao lugar de paciente ou doente mental. Onocko-Campos et al. (2013) apontam que ainda que outros tipos de ferramentas de cuidados sejam possíveis no contexto dos serviços comunitários de saúde mental, um papel central atribuído à

medicação faz com que o uso regular dos medicamentos seja sinônimo de tratamento, levando muitas vezes a entendimentos de que se o indivíduo não faz uso da medicação como lhe foi prescrito ele está resistindo ao tratamento e não deve continuar no serviço.

Infelizmente, observa-se nos serviços de saúde mental que o psicólogo muitas vezes trabalha sem questionar seu processo e ferramentas de trabalho, apenas reproduzindo os discursos hegemônicos e a lógica biomédica. Contribui, assim, para o aprisionamento de *selves* em classificações diagnósticas e em prisões químicas. Goulart (2017) aponta como os novos dispositivos de saúde mental muitas vezes aprisionam também o indivíduo em prisões simbólicas ao não conseguir trabalhar na direção de produzir novos sentidos para as experiências das pessoas que as procuram.

Assim, a disciplina de Psicopatologia não pode pretender a neutralidade, ao focar seu conteúdo apenas na repetição de critérios diagnósticos. Precisa fazer discussões críticas sobre estes critérios, análises do contexto sócio histórico e das políticas de saúde, sempre atenta ao impacto destes na constituição dos *selves*.

Considerações Finais

Nos últimos 30 anos, temos acompanhado mudanças nas políticas públicas de saúde mental. Vem sendo propostas reformulações na rede assistencial, no modo como o cuidado é organizado e oferecido, além de mudanças no modo como se compreende e posiciona o usuário desta. Para que estas mudanças sejam efetivadas, é preciso um posicionamento político das instituições de ensino que formam o psicólogo, profissional central nas equipes multidisciplinares, que vem também ocupando cada vez mais cargos de gestão em saúde.

O estudante de Psicologia precisa ser inserido no Sistema Único de Saúde e nos equipamentos da RAPS, por meio de estágios curriculares e profissionalizantes. Disciplinas tradicionais da grade curricular, como por exemplo Psicopatologia devem, apoiadas por outras que discutam e problematizem as Políticas Públicas de Saúde, oferecer espaço para discussões críticas sobre as construções na área e sobre as implicações desta, colaborando para a formação de psicólogos que sejam agentes transformadores e que apoiem a construção de um sistema público de saúde que realmente garanta a cidadania e autonomia dos sujeitos usuários deste.

REFERÊNCIAS

ABUHAB, D. et al. O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 26, n. 3, 2005.

BEZERRA J. Desafios da reforma psiquiátrica no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro , v. 17, n. 2, p. 243-250, 2007.

BRASIL. Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília- DF. Ed. 20 de setembro de 1990.

BRASIL. Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. *Diário Oficial da União*, Brasília – DF. Ed. 20 de fevereiro de 2002.

BRASIL. Portaria nº 4279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília – DF. Ed. 26 de dezembro de 2011.

BRASIL. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília - DF. Ed. 26 de dezembro de 2011.

CAMARGO JR, K. R. (Ir)racionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 203-228, 1992.

CAMPOS, G. W. de S. O anti-Taylor: sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 14, n. 4, p. 863-870, Oct. 1998.

CANTELE, J.; ARPINI, D. M.; ROSO, A. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. 4, p. 910-925, 2012.

COHN, A. Caminhos da reforma sanitária. *Lua Nova*, São Paulo, n. 19, p. 123-140, Nov. 1989.

COSTA, L. S. et al. Análise do subsistema de serviços em saúde na dinâmica do complexo econômico -industrial da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v.5, 2013.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 32, n. spe, p. 232-245, 2012.

ELIAS, P. E. Políticas Públicas de Saúde: Gestão Pública. Fundação do Desenvolvimento Administrativo – FUNDAP. *Secretaria Estadual de Saúde*, São Paulo. Palestra. 2009.

GOULART, D. M. Educação, saúde mental e desenvolvimento subjetivo: da patologização da vida à ética do sujeito. 2017. *Tese (Doutorado em Educação)* -Universidade de Brasília, 2017.

GUARESCHI, N. M. F. et al. A formação em Psicologia e o profissional da Saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde). *Arq. bras. psicol.*, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, p. 35-45, Dez. 2009.

HANSEN, H.; BOURGOIS, P.; DRUCKER, E. Pathologizing poverty: New forms of diagnosis, disability, and structural stigma under welfare reform. *Social Science & Medicine*, v.103, p.76–83, Fev. 2002.

MENICUCCI, T. M. G. Implementação da reforma sanitária: a formação de uma política. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 15, n. 2, p. 72-87, Aug. 2006.

NICÁCIO, M. F. S. O processo de transformação da saúde mental em Santos: desconstrução de saberes, instituições e cultura. 1994. *Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)* - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1994.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. Clínica: a palavra negada: sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. *Saúde em Debate*, v.25, n.58, p.98-111, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al. A Gestão Autônoma da Medicação: uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, Out. 2013.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *Hist. cienc. Saúde* -Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 15-36, Mar. 2014.

SALES, A. L. L. F.; DIMENSTEIN, M. Psicologia e modos de trabalho no contexto da reforma psiquiátrica. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 29, n. 4, p. 812, 2009.

VASCONCELLOS, V. C. Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. SMAD, *Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.* (Ed. port.), Ribeirão Preto, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2010.