



FACULDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - FUPAC
CURSO DE PSICOLOGIA

ANA PAULA PEREIRA MATOS

AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS
COM ÊNFASE NA SAÚDE MENTAL

TEÓFILO OTONI
NOVEMBRO/2019



ANA PAULA PEREIRA MATOS

**AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS
COM ÊNFASE NA SAÚDE MENTAL**

Artigo apresentado à disciplina “TCC II” do Curso de Psicologia, da Faculdade Presidente Antônio Carlos – FUPAC, como requisito parcial para conclusão do curso de Psicologia.

Orientadora: Isabel Corrêa Pacheco

Aprovado em 29/11/2019

BANCA EXAMINADORA

Amanda Lehnem Costa

Faculdade Presidente Antônio Carlos de Teófilo Otoni

Carlos Renato de O. Faria

Faculdade Presidente Antônio Carlos de Teófilo Otoni

Isabel Corrêa Pacheco

Faculdade Presidente Antônio Carlos de Teófilo Otoni

AS CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

COM ÊNFASE NA SAÚDE MENTAL

Ana Paula Pereira Matos* Isabel Corrêa Pacheco**

Resumo

Este estudo tem como objetivo traçar algumas perspectivas da psicologia brasileira no campo das políticas públicas e da saúde mental, que se encontra em constante processo de construção e avanço. Da década de 1980 e 1990 para os dias atuais, temos vários momentos que marcaram de maneira singular a construção da trajetória da psicologia, tal como: a reforma psiquiátrica, a inserção do portador de sofrimento mental na sociedade e a reestruturação da saúde, onde o conceito de saúde não é caracterizado apenas como fatores fisiológicos e sim como múltiplos aspectos como biológico, social, ambiental e psicológico, aderindo assim a uma ampliação e expansão da área. Diante disso, o presente trabalho contou com os seguintes objetivos: discorrer sobre a contribuição da psicologia para a política pública de saúde mental. Apresentar um breve histórico da psicologia enquanto ciência e profissão no Brasil, descrever a Reforma Psiquiátrica no Brasil e caracterizar as políticas públicas de saúde mental após a reforma psiquiátrica. Dessa forma, esta revisão bibliográfica qualitativa considerou o período de 2009 a 2019, apresentando os fatores que contribuíram para o reposicionamento desse sujeito e dessa coletividade frente às questões sociais, culturais e psicológicas. Conclui-se que a inserção da psicologia, seja no campo da saúde ou especificamente da saúde mental, pôde contribuir para uma compreensão das necessidades subjetivas e coletivas do portador de sofrimento mental, numa perspectiva ampliada de cuidado, com ações mais humanizadas, pautadas nos direitos humanos, valorizando a singularidade e o protagonismo dos sujeitos.

Palavras-chave: Psicologia; Reforma Psiquiátrica; Saúde Mental; Política Pública

Abstract

This study aims to outline some perspectives of Brazilian psychology in the field of public policies and mental health, where they are in constant process of construction and advancement. From the 1980s and 1990s to the present day, we have several moments that singularly marked the construction of the trajectory of psychology, such as: psychiatric reform, the insertion of the mentally suffering carrier in society and the restructuring of health, where the concept of health is not characterized only as physiological factors but as multiple aspects such as biological, social, environmental and psychological, thus adhering to an expansion and expansion of the area. In view of all implementation, we seek to reflect on the social and psychological context that is inserted the bearer of mental suffering, characterizing the perspectives of psychological doing in public policies and mental health, presenting an analysis historical and political on the emergence of the profession, showing the advances and development of the entire trajectory, pointing out the factors that in a relevant way the problem contributed to the construction of psychology. Thus, this qualitative literature review considered the

*Acadêmica do 10º período do Curso de Psicologia da Fundação Presidente Antônio Carlos de Teófilo Otoni.
E-mail: anapaulamatos@outlook.com

** Professora e Coordenadora do curso de Psicologia na Fundação Presidente Antônio Carlos de Teófilo Otoni.
E-mail: psicologia@unipacto.com.br

period from 2009 to 2019, presenting the factors that will contribute to the repositioning of this subject and this collectivity in the face of social, cultural and psychological issues. It is concluded that the insertion of psychology, either in the health field or specifically in mental health, could contribute to an understanding of the subjective and collective needs of the mentally suffering patient, in a broader perspective of care, with more humanized actions, based on the rights. human beings, valuing the singularity and the protagonism of the subjects.

Keywords: Psychology; Psychiatric reform; Mental health; Public Policy

1 Introdução

A saúde, durante muito tempo, foi compreendida de maneira restrita, reduzindo o ser humano apenas aos aspectos fisiológicos. As transformações históricas produziram novas formas de significar a saúde, onde não é mais caracterizada apenas como ausência de doença e sim com os seus múltiplos fatores como: biológico, social, ambiental e psicológico. O conceito avança numa perspectiva ampliada de saúde, considerando seus determinantes sociais e saúde como um direito de todo cidadão.

A saúde mental propõe-se a esse significado, onde procura romper o modelo hospitalocêntrico dominante de tratamento, implicando a desconstrução do lugar do “doente” e potencializando a saúde e recursos de que dispõe. Assim, o sentido da intervenção psicossocial, no espaço da saúde mental, busca superar a dualidade sujeito/objeto, saúde/doença, individual/social, questionando a verticalidade do tratamento e o poder biomédico. Nessa dinâmica, a clínica ampliada preconiza a promoção e prevenção da saúde (ALVES e FRANCISCO, 2009).

A inserção do psicólogo na saúde é estabelecida visando a humanização, pois a psicologia era direcionada somente a área hospitalar. A partir desse novo momento ela se abre para uma perspectiva social, passando a um olhar coletivo e não somente no individual. O estabelecimento do SUS (Sistema Único de Saúde), tem como premissa a valorização dos múltiplos saberes, a psicologia ganha então maior visibilidade, tendo assim a aplicação e instrumentalização para atuar em novos espaços.

Conforme Hespanhol e Garbin (2011) a criação do SUS traz consigo a perspectiva de ampliação da saúde, envolvendo também outras áreas como a psicológica, ou seja, essa dimensão passa então a ser uma ferramenta de espaço de atuação da psicologia favorecendo valores e premissas imprescindíveis à política de saúde mental.

Desta forma, para se estabelecer a construção de novos ideais, fazem-se necessárias estratégias que possam levar ao cuidado e proteção à saúde, voltando às necessidades da população para alguns alicerces como: equidade, universalidade, acessibilidade, vínculo, integralidade e responsabilização.

Cabe acrescentar que foi necessária essa reformulação, quebrando assim os paradigmas de verdades únicas e definitivas, trazendo sentido a esse sujeito e a essa coletividade. Considerando os múltiplos aspectos relacionados ao processo saúde-doença, a presente pesquisa traz o seguinte questionamento: qual seria a contribuição da psicologia para as políticas públicas de saúde mental?

O presente trabalho objetiva discorrer sobre a contribuição da psicologia para a política pública de saúde mental. Para tanto, apresentará um breve histórico da psicologia enquanto ciência e profissão no Brasil, descreverá a reforma Psiquiátrica e caracterizará as políticas públicas de saúde mental implantadas após a reforma.

Considera-se relevante pensar na relação do portador de sofrimento mental com a coletividade, a relação saúde-doença e a sua individualidade diante de todo esse meio, tendo a necessidade da construção da identidade, podendo reformular a sua significação perante o todo. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica descritiva utilizando de abordagem qualitativa revisando os livros e artigos de 2009 a 2019, salvo os autores clássicos.

A pesquisa será apresentada da seguinte forma: primeiramente, abordará a Psicologia enquanto Ciência e Profissão no Brasil, em seguida apresentará a Reforma Psiquiátrica no Brasil e a política pública após as mudanças ocorridas. Por último, como forma de resposta à problemática, discorrerá sobre as contribuições da Psicologia na política pública de saúde mental.

2 A psicologia enquanto ciência e profissão no Brasil

A implementação da psicologia no Brasil, ocorre desde a fundação do Brasil Colônia, com uma preocupação com os aspectos psicológicos, mas não sendo considerada como uma área específica, referenciada em outras áreas do conhecimento. O desenvolvimento em nosso país se concretizou no interior da Educação e da Medicina, em consequência das ideias trazidas por brasileiros que estudaram no exterior e por estrangeiros que vieram para o Brasil. De acordo com

essas novas temáticas os conceitos psicológicos são direcionados também ao interesse elitista (RECHTMAN, 2015).

As perspectivas psicológicas vão ser produzidas inicialmente no campo universitário, onde a sociedade elitista tem a necessidade de aprimoramento educacional e passa a priorizar esse setor. A partir de 1930 inicia o funcionamento das primeiras universidades, com formações nas áreas da Filosofia, Educação e Medicina, passando a ter interesse no âmbito psicológico a partir da necessidade no campo social, onde vai ser mais trabalhada com o avanço do setor público (FURTADO, 2012).

O desenvolvimento da psicologia se estabelece juntamente à modernização da sociedade, passando a ser gerida nos campos escolares, hospícios e indústrias. Segundo Bock (2009) essa Psicologia respondia aos interesses de higienização e ordem da sociedade. Na educação, eram abundantes as práticas autoritárias e disciplinares para formação dos indivíduos; na medicina, a criação dos hospícios demonstravam o tratamento moral dos sujeitos e nas indústrias, as ações eram voltadas apenas para a obtenção de maior produtividade.

As áreas clínica, escolar e industrial/organizacional, se encontravam estáveis. Dentre elas, a mais desenvolvida era a clínica. Nesse ponto a psicologia era direcionada ao público particular e elitista, como citado anteriormente, não sendo enfatizada a dimensão social, de modo que poucas pessoas tinham acesso aos atendimentos.

Conforme Bock (2009), com o levantamento de questões sobre como seria o desenvolvimento da psicologia nas suas diversas áreas, vivia-se também uma crise capitalista no país, possibilitando a abertura de outros campos profissionais e ampliação do fazer psicológico.

A psicologia tem, historicamente, a imagem de uma profissão que não engloba o meio social, que muitas vezes não está em sintonia com as necessidades da sociedade e que visa uma classe privilegiada. Porém, a psicologia comunitária vem trazer um novo posicionamento dessa ciência frente ao meio social, mostrando que é possível estabelecer um trabalho terapêutico eficaz, seja ele individual ou grupal, direcionando principalmente aos cuidados da saúde mental.

A partir da Psicologia comunitária, a compreensão das recorrências e singularidades dos mais variados arranjos micros sociais, traz à tona o pressuposto ontológico de que o ser humano não somente reage às injunções sociais mas também se constitui em um ator social que participa da criação da vida cotidiana (MONTERO, 2004 apud XIMENES, 2009, p.6)

A partir desse novo direcionamento, as profissões estabelecidas adquirem maior prestígio e são um pouco mais valorizadas de acordo com a necessidade social de suas funções e conhecimentos, o que ocorre com a psicologia, que a partir do século XX, consegue o estatuto de ciência autônoma na Europa, em seguida, nos Estados Unidos e, por fim, no Brasil onde foi institucionalizada no dia 27 de Agosto de 1962, regularizada pela lei de nº 4.119, que dispõe sobre o curso de formação e regulamenta a profissão do psicólogo (BRASIL, 1962).

As funções e técnicas que foram atribuídas ao psicólogo são:

1. Diagnóstico psicológico;
 2. Orientação e seleção profissional;
 3. Orientação psicopedagógica;
 4. Solução de problemas de ajustamento;
 5. Dirigir serviços de Psicologia em órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares;
 6. Ensinar as cadeiras ou disciplinas de Psicologia nos vários níveis de ensino, observadas as demais exigências da legislação em vigor;
 7. Supervisionar profissionais e alunos em trabalhos teóricos e práticos de Psicologia;
 8. Assessorar, tecnicamente, órgãos e estabelecimentos públicos, autárquicos, paraestatais, de economia mista e particulares;
 9. Realizar perícias e emitir pareceres sobre a matéria de Psicologia.
- (RECHTMAN, 2015, p.69-77)

Pode-se perceber que as funções e técnicas do profissional da psicologia tinham o objetivo de atribuir o reajustamento desse sujeito nessa sociedade, colocando o homem certo no lugar certo, prometendo adaptar as pessoas, fazendo com que o real objetivo fosse alcançando que seria suprir a necessidade elitista, controlando comportamentos e obtendo uma nova reformulação da sociedade de maneira geral.

Com o golpe militar no Brasil e os movimentos contestatórios que emergiam, o compromisso com a elite começa a se tornar um incômodo dentro da Psicologia. Assim, aquela Psicologia que acreditava que poderia explicar o homem

desconsiderando sua realidade, passou a ser questionada e demandada a inserção da realidade cultural, econômica e social (RECHTMAN, 2015).

Com o esse novo viés de mudança, ampliando os direcionamentos do fazer psicológico, tem-se o reposicionamento da psicologia diante da realidade que a envolve. É perceptível uma trajetória que avança de uma psicologia clínica elitista, direcionada há um público particular e individual, para uma atuação que remete ao coletivo, identificando esse sujeito em todo o contexto que se encontra inserido, seja no ambiente familiar, cultural, social, buscando compreender a junção de todos esses fatores, remetendo a sua ressignificação, promovendo a sua inclusão social e reformulando a sua realidade.

A psicologia comunitária e da saúde, traz consigo esse olhar, mostrando que deve ser trabalhada principalmente para a construção de um meio social, mais desenvolvido e mais dinâmico. Inclusive, a partir dos anos 70 e durante os anos 80, a psicologia comunitária e vários outros movimentos sociais passam a ganhar forças para enfrentar as dificuldades antecedentes, procurando mudar o posicionamento da psicologia frente às questões históricas e culturais.

3 Um breve histórico da reforma psiquiátrica no Brasil

A reforma psiquiátrica apresenta uma grande complexidade, tendo antecedentes históricos múltiplos, que estão ligados aos meios políticos, assistenciais e culturais. Segundo Ferreira Neto (2017), entre o final dos anos de 1970 e durante a década de 1980, especialmente no que tange à conexão entre a reforma sanitária e psiquiátrica, os movimentos sociais faziam frente ao regime militar na luta pela democratização do País. O objetivo da luta pelos direitos dos pacientes psiquiátricos era retratado, nos hospícios e manicômios que entendiam a saúde mental como doença mental, isolando o portador de sofrimento mental da sociedade. A partir do processo da Reforma Psiquiátrica se estabelece duas fases: a primeira de 1978 a 1991 onde se faz uma crítica ao modelo hospitalocêntrico, enquanto a segunda, de 1992 aos dias atuais destaca-se pela implantação de uma rede de serviços extra hospitalares.

Conforme Amarante (2009), em 1978 ocorre a crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental) onde passa a contratar “bolsistas”, caracterizados por

serem: enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais, os quais desempenhavam suas funções em condições precárias, sofrendo agressões de pacientes, lugares inadequados para o desenvolvimento e mortes sem esclarecimentos. A partir desse contexto, a crise é marcada por denúncias dos próprios colaboradores devido as precárias condições.

Nesse mesmo período se estabelecem várias reivindicações dos colaboradores como: salário, formação de recursos humanos, relações entre instituição, clientela, modelo assistencial, condições de atendimento. Possibilitando a partir das mesmas a luta pelos direitos e deveres dos MTSM (Movimento de Trabalhadores em Saúde Mental), onde buscam mudanças e reconstrução do modelo hospitalar. (AMARANTE, 2009).

Diante de todas as demandas apontadas pelas péssimas condições de trabalho, atendimento e assistência prestada aos pacientes, o portador de sofrimento mental é inserido em um lugar, onde se abstém da sua singularidade e integridade. Por possuir um transtorno, o seu direito de escolha nunca existiu, levando-o a uma posição de negação e anulação de si mesmo.

Através de todo movimento levantado como as denúncias a respeito das precariedades, lugares inadequados para trabalho, direitos e deveres dos trabalhadores incorretos, vários questionamentos e debates são instaurados sobre a situação em que se encontravam as instituições psiquiátricas no Brasil.

Conforme os questionamentos, no início dos anos 80 é implantado o plano de Cogestão, onde busca estabelecer a construção de um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos, procurando ser mais dinâmico e descentralizado, mostrando que os hospitais públicos são viáveis e podem oferecer atendimento de qualidade a população. Logo após, o plano CONASP (Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária), traz a concepção de que é responsabilização do estado a política de controle do sistema de saúde, tendo a necessidade de organizá-lo aos setores públicos e privados (AMARANTE, 2009).

Em continuidade, estabelece um período que passam a ser realizados vários encontros e conferências a respeito da saúde mental no Brasil, caracterizando:

A I Conferência Nacional de Saúde Mental (I CNSM), que ocorreu em 1987 os quais recomendam a priorização de investimentos nos serviços extra hospitalares e multiprofissionais como oposição à tendência hospitalocêntrica. No final de 1987 realiza-se o II Congresso Nacional do MTSM em Bauru/SP, no qual se concretiza o Movimento de Luta Antimanicomial e é construído o lema “**por uma sociedade sem manicômios**”. Nesse congresso amplia-se o sentido político-conceitual acerca do antimanicomial, criando o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (MESQUITA e NOVELLINO, 2010, p.5).

No período de 1988 é instituída pela Constituição Federal a Lei nº 8.080 criada dia 19/09/1990 onde dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), cujo os princípios básicos são a universalização do acesso, a integralidade da atenção e a equidade (BRASIL, 1990).

Conforme Hespanhol e Garbin (2011) a implantação do SUS busca disponibilizar um serviço de maior qualidade, pautado no acesso para todos, que possam formar um conjunto de ações de atenção, buscando a promoção, prevenção e proteção. Assim, viabiliza a recuperação da saúde, passando a todos o acesso de ser visto pela saúde pública como cidadão, tendo direitos e deveres na rede pública.

No ano de 1989, um ano após a criação do SUS ocorre o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado (PT/MG), onde propõe a regulamentação dos direitos das pessoas com transtornos mentais e a exclusão dos hospícios. Porém, somente no ano de 2001, após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Paulo Delgado é aprovada no país. Assim, a lei de nº 10.216 de 06/04/2001 busca garantir os direitos humanos e reorientar o modelo assistencial para os portadores do sofrimento mental (MESQUITA e NOVELLINO, 2010, p.5).

Diante de todo o processo do início da reforma psiquiátrica até a lei de Paulo Delgado, percebe-se um grande avanço da psicologia na rede da saúde e na saúde mental. A partir da lei, os direitos e deveres dos portadores de sofrimento mental é legalizado, assim como a sua posição de cidadão brasileiro é concretizada, podendo identificar a sua inclusão e valorização no meio social, percebendo que todos os movimentos e conferências em prol da saúde mental foram de grande relevância, podendo abrir novos caminhos para se trabalhar e lidar com a saúde mental.

4 A caracterização da saúde mental após a reforma psiquiátrica

Ao longo dos anos 80 a reforma psiquiátrica se caracteriza por exercer uma estreita relação com os movimentos sociais que nos anos 90 se solidifica. Após a criação do SUS temos também a ampliação do conceito de saúde, onde não se caracteriza saúde apenas como fatores fisiológicos ou como ausência de doença, mas sim como fatores múltiplos como: biológico, psicológico, social e cultural. As questões da saúde passam a responder segundo a necessidade da população, englobando todo o contexto biopsicossocial, encontrando-se em constante desenvolvimento.

Como exemplo dessas novas diretrizes se fundamentam nas leis orgânicas da saúde: a lei de nº 8.080/90 votada 19 de setembro de 1990 e a lei de nº 8.142/90 votada 28 de dezembro de 1990, onde consideram a saúde como direito fundamental do ser humano, sendo responsabilização do Estado exercer a fiscalização para o seu exercício (BRASIL, 1990).

Para a implementação desse novo modelo, os principais preceitos constitucionais são: a universalidade, a equidade e a integralidade. Onde a universalidade caracteriza-se por garantir a saúde a todos como direito de cidadania, reforçando o dever do Estado sobre os serviços públicos. A equidade considera todos os níveis de atenção à saúde, de acordo com a complexidade de cada caso. A integralidade reconhece que cada pessoa é um todo indivisível e integralmente interligado, principalmente se tratando do biopsicossocial (BRASIL, 2019).

Pela Lei de nº 10.216, abril de 2001, regulariza-se a reinserção social do portador de sofrimento mental. A partir da luta antimanicomial e das novas adequações da rede pública, os leitos dos hospitais psiquiátricos foram substituídos pelos serviços extra hospitalares, possibilitado a entrada de novas modalidades para o tratamento dos portadores de sofrimento mental, porém essa substituição visa garantir maior desenvolvimento para a saúde mental mas na prática não decorre dessa maneira, onde pelas normas se mostram eficientes, mas na realidade não se concretiza como deveria, necessitando de uma reformulação quanto os preceitos práticos. (BRASIL, 2001).

A partir dessa nova modalidade de retirar o portador de sofrimento mental do modelo hospitalar e trazê-lo de volta a sociedade, existe dentro dessa transformação todo um processo de mudança e adaptação da família e do sujeito ao novo meio

onde vai está sendo inserido. A família, muitas vezes, não consegue lidar e digerir essa nova configuração, pois não sabe identificar as reais necessidades e condições ao tratamento, assim como o próprio portador tem a dificuldade em se relacionar com esse espaço, emergem fatores emocionais, sejam eles conscientes ou inconscientes, provocando assim dificuldades na sua readaptação, contribuindo para que ele busque novamente a instituição.

A criação das redes assistenciais é constituída principalmente para tirar esse sujeito do modelo hospitalar e fazer com que ele, a família e o meio social, possam construir juntos um novo elo, podendo ressignificar a sua vida. À medida que a família é incluída nos programas, ela passa gradualmente a compreender a saúde mental e aceitar esse sujeito.

Podemos identificar a rede da atenção à saúde mental, por ser compostas por modalidades extra hospitalares, tais como: o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF); Centro de Atendimento Psicossocial (CAPs I, CAPs II, CAPs III, CAPsi, CAPsad, CAPsad III); Centro de Atenção Diária (CADs); Hospitais Dias (HDs); Centros de Convivência e Cultura, Programa Saúde da Família (PSF), o Consultório na Rua (atendimento à população de rua), dentre outros que possibilitam a reinserção desse indivíduo na sociedade (CREPOP, 2013, p.28).

Destaca-se nessa rede o CAPS, onde é destinado a atender pessoas com sofrimento psíquico, de modo intensivo e com várias especialidades, utilizando a equipe multidisciplinar para melhor atender, servindo como dispositivo para o funcionamento das demandas segundo as especificações.

Conforme as descrições citadas acima argumenta-se que:

Pode-se afirmar, portanto, que em essência a prática nos CAPS é um embate entre a tradição e a invenção, a construção do novo na negação do velho; ou ainda, a construção diária de outro paradigma para o cuidado com a loucura que insere entre seus recursos e como condição preliminar para o tratamento, a cidadania de quem é cuidado e de quem cuida. Uma relação de cuidado, onde nos dois polos terapeutas/pacientes, devemos sempre encontrar um cidadão (CREPOP, 2013, p.95).

Diante desse contexto, através desse novo direcionamento se tem o estabelecimento da rede de atenção. Podemos identificar, conforme os parágrafos anteriores em que se descreve sobre a criação da lei 10.216, direcionando para uma

nova reorientação do modelo assistencial ao portador de sofrimento mental, porém sendo realizada a sua execução quando o modelo extra hospitalar se mostra “ineficiente”. Assim, o recurso utilizado são as internações compulsórias determinadas pelo poder judiciário, onde as questões da saúde passam a se tornar, demandas judiciais, tratando assim de maneira reducionista os setores sociais (BRASIL, 2001).

As intervenções do poder judiciário junto aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) geralmente são fundamentadas no dever do Estado em garantir o direito constitucional à saúde. Mas, a discussão que se abre aqui é a possibilidade de utilização desse recurso para a efetivação de políticas repressoras como têm se mostrado muitos casos de internações compulsórias, de caráter punitivo e cujo objetivo é se obter o controle das populações (CRP/MG, 2019, p. 272-273).

Dessa forma, os recursos assistenciais possibilitam ao portador de sofrimento mental, a identificação das suas potencialidades, fazendo com que ele tenha o seu autoconhecimento e a produção da sua subjetividade, podendo assim intervir através das suas necessidades e não de caráter repressor ou punitivo. Assim, esse portador passa a se responsabilizar e se comprometer com o tratamento, reconhecendo-o, como ser humano e cidadão, onde o cuidado e a ressocialização vão caminhar juntos para a construção e ampliação dessa autonomia.

Através dos avanços políticos e sociais, o contexto da pós reforma psiquiátrica é de grande ressignificação, pois percebe-se as mudanças da desinstitucionalização dos hospitais psiquiátricos, o estabelecimento do SUS, o surgimento das redes assistenciais, a reformulação do fazer psicológico na rede pública e no meio social, dentre outros que dão o suporte para o tratamento e produção da subjetividade desse portador de sofrimento mental.

5 A contribuição da psicologia para as políticas públicas de saúde mental

A contribuição da psicologia engloba um contexto de transformação e de abrangência do seu comprometimento com as necessidades sociais, das práticas e técnicas, passando a ter uma nova ressignificação. A intervenção psicológica encontra-se no campo da compreensão emocional e das questões que emergem da população.

Segundo Angerami (2004) nos deparamos com a nítida mudança dos afazeres, do cotidiano e da realidade do século XX para o XXI, onde o avançar da tecnologia e as discussões sobre a psicologia dos anos de 1990 para atualidade não é a mesma, assim como o fazer psicológico não é o mesmo. A partir dessa reflexão, entende-se que a prática psicológica é construída gradativamente a essa nova realidade.

A inserção do psicólogo no campo da saúde mental e nas redes públicas está crescendo a cada dia, onde as intervenções psicológicas estão à disposição da população. Considerando essa dimensão, a psicologia vai de encontro ao seu real envolvimento, auxiliando a construção de uma sociedade libertária, onde engloba todo o seu contexto, emocional, fisiológico, educacional, social e cultural, possibilitando expectativa de uma nova realidade mais íntegra, que tenha o propósito de se diferenciar da perspectiva individualista.

Segundo CFP (2009) concretiza-se a criação do matriciamento, fundado em 1999, por Gastão Wagner Campos, envolvendo o campo da saúde mental e da atenção primária, tendo como objetivo o estabelecimento de um novo modelo de se produzir saúde, agrupando duas ou mais equipes no intuito de uma construção de conhecimento, fazendo propostas de intervenções para se obter uma melhor terapêutica para o indivíduo.

O matriciamento na saúde mental busca superar a lógica dos encaminhados indiscriminados, corresponsabilizando a equipe da saúde da família e da saúde mental. Com relação ao sentido de encaminhar os pacientes, decorrem falhas, pois muitas vezes, a equipe básica não consegue dar continuidade no acompanhamento, seja por dificuldade na comunicação, por referências incompletas ou por falta de informações para dar continuidade ao tratamento, justificando a ocorrência da perda de vínculo do indivíduo com as redes assistenciais.

Nesse sentido, o matriciamento vai de encontro a construção coletiva, contando com ambas equipes, proporcionando maior integração entre os colaboradores para que juntos, possam reformular ou eliminar dúvidas sobre algum caso ou situação que encontraram dificuldades, montando assim estratégias para realizar uma intervenção psicossocial mais eficaz.

Adjunto a essas estratégias, segundo Iglesias e Avellar (2016) o fazer psicológico adentra ao matriciamento com o propósito de atribuir ao sujeito a sua inserção no meio social e na sua subjetividade, estabelecendo uma relação de

diálogo entre profissional, equipe, usuário e família. É imprescindível compreender o portador de sofrimento mental no sentido de ir além das suas individualidades, procurando identificar todo o cenário que ele está inserido, como por exemplo: a sua relação familiar, o território onde ele vive, a sua trajetória educacional, conseguindo identificar as suas necessidades e limites.

Desse modo, o fazer psicológico se dispõe a todos os profissionais da saúde para que possam trabalhar a partir das necessidades apresentadas, podendo reformular e criar mecanismos que poderão contribuir para novas propostas de tratamento.

Conforme o CFP (2009) as estratégias que são utilizadas no campo da saúde mental para avançar nas intervenções são: as visitas domiciliares, consultas conjuntas, grupos terapêuticos, apoio na construção do PTS (Projeto Terapêutico Singular), capacitações de profissionais da área para melhor lidar com os aspectos da saúde mental, ações de prevenção e promoção da saúde, dentre outros que possibilitem a diminuição até mesmo do preconceito, criando uma cultura inclusiva sobre a saúde mental, pois mesmo o portador com toda as suas dificuldades ele é capaz de realizar muitas ações, desde que seja no tempo dele, não atribuindo técnicas do âmbito curativas, mas que possuam uma ação conjunta e complementar.

Outro conceito relevante e que complementa a problemática seria a inclusão do portador de sofrimento mental através da proposta de humanização, desenvolvida a partir de uma política conhecida como HUMANIZA/SUS. Essa perspectiva possui os seguintes preceitos: a inseparabilidade entre produção de saúde e produção do sujeito, a transversalidade na relação da comunicação intra/intergrupar, a corresponsabilização da autonomia do sujeito e do seu coletivo, possibilitando um novo olhar para cada sujeito, respeitando sua singularidade e criando vínculo para que potencialize a sua recriação à vida (BRASIL, 2015).

A política de humanização se propõe de maneira transversal a do SUS, pois não está ligada à uma área específica ou um serviço específico. Está à disposição para que se construa juntamente com o sujeito e a coletividade experiências que contribuam no âmbito da mudança e da criação da sua realidade. Pode-se dizer que o trabalho humanizado permite espaço ao portador de sofrimento mental, dando-o voz, expressando sua criatividade na nossa cultura, atribuindo o pertencimento à cidade em que se encontra.

A humanização na saúde mental ganha um sentido mais ampliado. Aqui, é preciso ir além da abolição das práticas que violam direitos, desrespeitam a cidadania; faz-se necessário ir ao ponto de raiz da humanização: o reconhecimento do outro como ser igual a mim em direitos e, radicalmente distinto, em sua subjetividade. (BRASIL, 2015, P. 203)

Cabe acrescentar, que é fundamental o reconhecimento do portador a disponibilidade do tratamento, identificando a proposta como direito dele e não uma imposição. Dessa forma, cabe a ele decidir quando usufruir desse direito, tendo dos colaboradores, paciência e não autoridade diante da sua posição, mesmo com toda a complexidade que está inserido, o respeito, a solidariedade, a compreensão e o acolhimento, estão dispostos como elementos primordiais para auxiliar o tratamento.

O propósito da psicologia está direcionado a ir muito além das questões do matriciamento e da política de humanização. Busca promover um olhar diferenciado para as questões humanas, que contribui para o protagonismo e empoderamento do sujeito, viabilizando um apoio incondicional ao trabalho em equipe e considerando sempre o meio social, a cultural e história do sujeito. Sua atuação perpassa pelas diretrizes dos direitos humanos e estabelecimento de vínculo terapêutico eficaz ao tratamento, transcendendo os muros da clínica numa perspectiva ampliada.

6 Considerações Finais

Diante das perspectivas apresentadas sobre os contextos psicológicos, a psicologia enquanto ciência e profissão se caracterizavam por ser uma ciência que inicialmente não se estabelecia como área específica, mas tendo a preocupação com os fatores psicológicos, assim através da necessidade de outras áreas ocorre a sua implementação. A psicologia se desenvolvia para as necessidades elitistas, onde direcionava o fazer psicológico para a lucratividade. As áreas inicialmente que se destacavam era a clínica, escolar e organizacional, porém através da modernização e do desenvolvimento da sociedade, a psicologia passa a ser direcionada ao contexto social.

De acordo com essa nova perspectiva ocorre a caracterização da reforma psiquiátrica brasileira, onde pode ser descrita por um período de luta pelos direitos e deveres do portador de sofrimento mental, mudanças nos fatores saúde e doença, realizando uma desconstrução do lugar do doente, reformulando a inserção do

portador de sofrimento mental na sociedade e trazendo assim o encerramento dos manicômios, tendo o início das intervenções psicossociais.

Através do novo modelo assistencial temos o fim do modelo hospitalocêntrico, direcionando as modalidades extra hospitalares, caracterizando a pós reforma psiquiátrica. Cria-se o conceito ampliado de saúde e a rede de assistência ao portador, reconhecendo-o em todas as suas esferas, possibilitando a sua ressocialização e reintegração.

Conforme o estabelecimento das redes assistenciais, o fazer psicológico e a saúde mental continuam avançando. Através da perspectiva de inclusão do portador de sofrimento mental, decorrem várias estratégias como: o matriciamento, política de humanização, grupos terapêuticos, ações de promoção e prevenção da saúde, tendo como base os direitos humanos. Dessa maneira, todas essas ferramentas e conceitos buscam a luta por uma sociedade mais humana, coletiva, democrática e autônoma, que veja o outro como parte também do seu meio, inserindo o fazer psicológico em toda essa complexidade, compreendendo o sujeito dentro da sua realidade, subjetiva e singular.

REFERENCIAS

ALVES, Edvânia dos Santos e FRANCISCO, Ana Lúcia. **Ação Psicológica em Saúde Mental: Uma Abordagem Psicossocial**. 2009. 12f. Psicologia Ciência e Profissão, v29, p769-779. Aflitos, Recife, Pernambuco. 2009.

AMARANTE, Paulo. **Loucos Pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009

ANGERAMI-CAMON, Valdemar Augusto; PÉREZ-RAMOS, Aidyl M. de Queiroz; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da; ANGELOTTI, Gildo; CARVALHO-MAGUI, Maria Margarida M. J. de; IVANCKO, Silvia Martins. **Atualidades em Psicologia da Saúde**. 1 ed. São Paulo: Editora Pioneira Thomson Learning, 2004.

BARROSO, Sabrina Martins. **Reforma Psiquiátrica Brasileira: O Caminho da Desinstitucionalização pelo Olhar da Historiografia**. 2011. 13f. Revista da SPAGESP. v12, p66-78. São Paulo. 2011.

BOCK, Ana Mercês Bahia. **Formação do Psicólogo: Um Debate a Partir do Significado do Fenômeno Psicológico**. 1997. 6f. Psicologia Ciência e Profissão. v17, p37-42. 1997.

BOCK, Ana M. Bahia. **Psicologia e o Compromisso Social**. 2 ed. São Paulo: Editora Cortez, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS: Humanização e Reforma Psiquiátrica: A Radicalidade Ética em Defesa da Vida**. 1 ed. Brasília, Distrito Federal. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha para apresentação de propostas ao Ministério da Saúde**. 1 ed. Brasília, Distrito Federal. 2019.

BRASIL. Lei nº 4.119, de 27 de Agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Planalto, Presidência da República Casa Civil, Brasília, p. 9.253, agosto, 1962, Legislação Federal.

BRASIL. Lei nº 8.080/90, 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. Planalto, Presidência da República Casa Civil, Brasília, p.18055, setembro, 1990, Legislação Federal.

BRASIL. Lei nº 8.142/90, de 28 de Dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Planalto, Presidência da República Casa Civil, Brasília, p. 25694, dezembro, 1990, Legislação Federal.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de Abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Planalto, Presidência da República Casa Civil, Brasília, p.2, abril, 2001, Legislação Federal.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE MINAS GERAIS, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. **Diálogos em Rede e Desafios Ético-políticos da Psicologia nas Políticas Públicas: do Desmonte à Resistência**. 2019. 449f. Anais do IX Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas – Etapa Sudeste. V1, p448. Belo Horizonte. 2019. Disponível em: <<https://crp04.org.br/crp-mg-publica-anais-da-etapa-sudeste-do-ix-seminario-de-psicologia-e-politicas-publicas/>> Acessado em 26 de Outubro de 2019.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE MINAS GERAIS. **Contribuições do Seminário Mineiro: Psicologia na Saúde Pública**. 1 ed. Belo Horizonte: Conselho Regional de Psicologia de Minas Gerais, 2015.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. 1 ed. Brasília-DF: Conselho Federal de Psicologia, 2009.

COSTA, Laís Silveira; GADELHA, Carlos Augusto Grabois; BORGES, Taís Raiher; BURD, Paula; MALDONADO, José; VARGAS, Marco. **A Dinâmica Inovativa para a Reestruturação dos Serviços de Saúde**. 2012. 7f. Revista Saúde Pública. v46, p76-82. Rio de Janeiro. 2012.

CREPOP. **Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.** 1 ed. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2013.

FURTADO, Odair. **50 Anos de Psicologia no Brasil: A Construção Social de uma Profissão.** 2012. 21f. Psicologia Ciência e Profissão. v32, p66-85. 2012.

GIOIA-MARTINS, Dinorah Fernandes. **Psicologia e Saúde: Formação, Pesquis e Prática Profissional.** 1 ed. São Paulo: Editora Psico-Pedagógica LTDA, 2012

HESPANHOL, Marcia Bernardo; GARBIN, Andréia de Conto; MACIEL, José Geraldo Felix Seixas. **A atenção à Saúde Mental Relacionada ao Trabalho no SUS: Desafios e Possibilidades.** 2011. 16f. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. v36, nº 123, p103-117. São Paulo. 2011.

HIRDES, Alice. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão.** 2008. 9f. Ciência e Saúde Coletiva. v14, p297-305. 2009.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. **As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental.** 2016. Psicologia: Ciência e Profissão. v. 36, p364-379. 2016.

LIMA, Fellipe Coelho; COSTA, Ana Ludmila Freire; YAMAMOTO, Oswaldo Hajime. **O Exercício Profissional do Psicólogo do Trabalho e das Organizações: Uma Revisão da Produção Científica.** 2011. 15f. Revista Psicologia: Organizações e Trabalho. v11, p21-35. 2011.

LUZIO, Cristina Amélia. **Além das Portarias: Desafios da Política de Saúde Mental.** 2008. 10f. Psicologia em Estudo. v15, p17-26 Maringá. 2010.

MACHADO, Rosani Ramos; COSTA, Eliani; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; ALBUQUERQUE, Gelson Luiz de; ORTIGA, Ângela Maria Blatt. **Entendendo o Pacto pela Saúde na Gestão do SUS e Refletindo sua Implementação.** 2009. 7f. Revista Eletrônica de Enfermagem. v11, p181-187. 2009.

MESQUITA, José Ferreira de; NOVELLINO, Maria Salet Ferreira; CAVALCANTI, Maria Tavares. **A Reforma Psiquiátrica no Brasil: Um Novo Olhar Sobre o Paradigma da Saúde Mental.** 2010. 9f. Trabalho apresentado no XVII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP. Caxambu, Minas Gerais. 2010.

MONTERO, M. **Introducción a la psicología comunitaria: desarrollo, conceptos y procesos.** 2004. 1 ed. Buenos Aires: Editora Paidós. 2004

NETO, João Leite Ferreira. **A Atuação do Psicólogo no SUS: Análise de Alguns Impasses.** 2010. 15f. Psicologia Ciência e Profissão. v30, p390-403. Brasília, Distrito Federal. 2010.

NETO, João Leite Ferreira. **Psicologia, Políticas Públicas e o SUS.** 2 ed. São Paulo: Editora Escuta LTDA, 2017.

PIRES, Ana Cláudia Tolentino e BRAGA, Tânia Moron Saes. **O psicólogo na Saúde Pública: Formação e Inserção Profissional.** 2009. 13f. Temas em Psicologia. v17, p151-162. Ribeirão Preto, São Paulo. 2009.

PITTA, Ana Maria Fernandes. **Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas.** 2011. 11f. Ciência e Saúde Coletiva. v16, p4579-4589. 2011

SCARCELLI, Ianni Regia e JUNQUEIRA, Virgínia. **O SUS como Desafio para a Formação em Psicologia.** 2010. 18f. Psicologia Ciência e Profissão. v31, p340-357. São Paulo. 2011.

SEGRE, Marco e FERRAZ, Flávio Carvalho. **O Conceito de Saúde.** 1997. 6f. Revista de Saúde Pública. v31, nº 5, p538-542. 1997.

RECHTMAN, Raizel. **O Futuro da Psicologia Brasileira: Uma Questão de Projeto Político.** 2015. 9f. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde. v4, p69-77. Salvador. 2015.

XIMENES, Verônica Moraes; PAULA, Luana Rêgo Colares de; BARROS, João Paulo Pereira. **Psicologia Comunitária e Política de Assistência Social: Diálogos Sobre Atuações em Comunidades.** 2009. 14f. Psicologia Ciência e Profissão. v29, p686-699. 2009.