



**TRABALHO EM REDE NA POLÍTICA DE SAÚDE:** percursos da Atenção Básica à  
Atenção Psicossocial.

**NETWORKING IN HEALTH POLICY:** paths of the Basic Attention to Psychosocial  
Attention

**Francisca Maria Carvalho Cardoso**

**Universidade Estadual do Piauí (UESPI)**

**RESUMO**

A análise ora apresentada é parte de nossa pesquisa de doutoramento em Políticas Públicas que discute a Rede de Atenção Psicossocial, e a Política Saúde Mental. Tem-se como objetivo: apresentar um histórico acerca da concepção de redes e em especial dos processos de trabalho na Rede de Atenção Psicossocial, trazendo um breve percurso da realidade no Piauí. Assim, a pesquisa se caracterizará por expor um breve referencial das Redes de Atenção, e do trabalho na Atenção Básica no SUS, Brasil. A Rede de Atenção Psicossocial, é uma das cinco redes de atenção preconizada pelo Ministério da Saúde e vem a ser uma aposta para se alcançar eficácia na Política de Saúde Mental e nas políticas públicas rumo à assistência aos direitos das pessoas com transtorno mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Política de Saúde mental. Rede de Atenção Psicossocial. Trabalho em rede.

**ABSTRACT**

The analysis presented here is part of our doctorate research in Public Policy that discusses the Psychosocial Care Network and the Mental Health Policy. Its objective is to present a history about the working in networks and especially the work processes in Psychosocial Care Network, bringing a brief paths of the reality in Piauí. Thus, the research will be characterized by exposing a brief reference of the Care Networks, and the work in Basic Attention in SUS, Brazil. The Psychosocial Care Network is one of the five care networks advocated by the Ministry of Health and so that the effectiveness in the mental health policy and public policy towards the assistance to the rights of people with mental disorder can be reached.

**KEYWORDS:** Mental Health Policy. Psychosocial Care Network. Networking.



## 1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho traz uma pesquisa ainda em andamento a nível de pós-graduação, doutorado em Políticas Públicas, tem como objeto de investigação as redes de saúde, em especial a Rede de Atenção Psicossocial, com foco em investigar as ações da rede e dos seus processos de trabalho, passando primeiramente pela Atenção Básica como porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS).

Será apontado também, um breve percurso dessa rede em termos do Estado do Piauí, que, no momento, se encontra em fase de reestruturação para a implantação de novos serviços. Assim, o foco das redes além do processo de regionalização, deve ser também nos processos de trabalho, por meio de tecnologias relacionais (MERHY, 2007) que visem a assistência aos usuários de forma humanizada, pois a rede não se restringe à implantação de serviços, ela deve observar os processos de trabalho que atuam no dia-a-dia, e os investimentos que são feitos a esse tipo de tecnologia das relações no trabalho em rede. Daí a importância da proposta apresentada, para que seja observada a RAPS, a partir dos seus processos de trabalho, já que uma das dificuldades na rede é quanto aos trabalhadores lidarem com os processos de trabalho, isto é, a maioria dos trabalhadores apresentam dificuldades quanto as questões de vínculo, cuidado, entre outros.

Assim, a Rede de Atenção Psicossocial, se constitui em uma das Redes de Atenção e surge com a Portaria nº 3088 de 23 de dezembro de 2011, foi instituída pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de ampliar o acesso à saúde e ao cuidado para as pessoas em sofrimento psíquico e necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011).

Nesse sentido, a RAPS é elaborada a partir das Redes de Atenção à Saúde, onde o objetivo é superar a fragmentação da atenção e da gestão do SUS, aperfeiçoando o seu funcionamento político-institucional, assegurando ao usuário o conjunto de ações e serviços de modo a respeitar a diversidade dos contextos regionais, diferenças socioeconômicas e necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010).

Desse modo, a RAPS fundamenta-se em princípios de autonomia, respeito aos direitos humanos e o exercício da cidadania; busca promover a equidade e reconhecer determinantes sociais em saúde; desfazer estigmas e preconceitos; garantir o acesso a cuidados integrais com qualidade; desenvolver ações com ênfase em serviços de base territorial e comunitária; organizar os serviços em rede com o estabelecimento de ações intersetoriais; desenvolver ações



de educação permanente; ancorar-se no paradigma do cuidado e da atenção psicossocial; além de monitorar e avaliar a efetividade dos serviços (BRASIL, 2011).

Portanto, o objetivo geral do presente trabalho será: Apresentar um histórico acerca da concepção de redes e em especial da Rede de Atenção Psicossocial. Como metodologia apresenta-se um breve referencial teórico sobre o tema que embasa a pesquisa em andamento como já citada anteriormente.

## 2 BREVE HISTÓRICO DOS MODELOS DE ATENÇÃO EM SAÚDE

O modelo tradicional de saúde, segundo Colomé e Oliveira (2012), está centrado na concepção de saúde como a ausência de doença. Apresentado no contexto do Renascimento, este modelo passa na sociedade moderna, a apresentar o interesse médico da história da doença para uma descrição clínica dos achados propiciados pela patologia.

O que se coloca no centro dessa mudança paradigmática, é chamada atualmente de humanização da saúde ou promoção da saúde, (ou outras proposições afins), não é saber qual paradigma está centrado na saúde e qual está centrado na doença, mas perceber o que está efetivamente se fazendo na teoria e prática ao falar de saúde e de doença (AYRES, 2007).

Desse modo, o paradigma biomédico, não sustenta mais as relações profissional/usuário na saúde, embora ainda faça parte de alguns contextos, o processo saúde/doença tenta modificar a realidade, passando a relacionar-se à própria complexidade do viver humano. Assim, é proposto o modelo biopsicossocial, considerando a saúde como um fenômeno em permanente transformação. Leva em conta outros determinantes sociais implicados na vida do ser humano: cultura, o lazer, a educação, o trabalho, entre outros (PRATTA; SANTOS, 2009).

Tal modelo necessita de amadurecimento em função da formação dos trabalhadores de saúde, dos modelos de gestão, de financiamento e funcionamento do sistema de saúde como um todo. Já que os modos de atenção e de gestão são indissociáveis. Não entendemos “como mudar práticas de atenção sem alterar a gestão dos processos de trabalho” (TRAJANO, 2000, p.120). E o trabalhador da saúde deve atuar como protagonista e corresponsável pela gestão do trabalho. Deve também atuar em estratégias, que possam alcançar uma melhor qualificação dos processos de trabalho em saúde, por exemplo, a partir da Política Nacional de Humanização (PNH), também chamada de HumanizaSUS (BRASIL, 2004), do apoio matricial e da educação permanente.



### 2.1. Novos processos de trabalho em saúde: pensando o cuidado e suas tecnologias

No modelo biopsicossocial, o trabalho em saúde, é realizado por trabalhadores, com formação na área, centrado no ato de cuidar, e o objetivo de atingir a reabilitação e/ou promover o bem-estar da população. Diante disso, observamos novos paradigmas no trabalho em saúde, como as propostas da Reforma Psiquiátrica, no campo da Saúde Mental, propondo a problematização do processo do adoecer, apontando que o cuidado, numa nova perspectiva de trabalho em rede, não está relacionado com a doença, mas com o sujeito da experiência do usuário do serviço.

Com a Reforma Psiquiátrica, (na década de 1970, em países como Itália, no qual o Brasil toma bases para realizar a reforma em território nacional), o modelo de assistência sofreu transformações, a partir desse processo, se passa a atribuir novas formas de cuidado das pessoas com transtornos mentais, para a família, trabalhadores e Estado. É importante observar que no momento em que essas pessoas com transtornos mentais estavam em instituições fechadas, seus direitos civis acabavam sendo eliminados (BOBBIO, 2004). Segundo Marshall (1967, p. 63) o direito civil está diretamente relacionado “ao exercício da liberdade individual e suas variantes, como a liberdade de ir e vir, de imprensa, pensamento e fé, bem como o direito à propriedade, de concluir contratos válidos e à justiça”. O que nos casos das pessoas reclusas em hospitais psiquiátricos acabavam sendo negados tais direitos.

Desse modo, com o intuito de gerar novas discussões sobre o modelo hospitalocêntrico, pensando também em novos processos de trabalho na saúde mental, como aponta Amarante (2009), a partir do cuidado, e tentando fazer frente ao modelo hegemônico citado anteriormente.

Desse modo, Merhy (2007), reflete sobre o modo de se produzir saúde no Brasil e aponta a existência de uma micropolítica do trabalho vivo, com a proposta de discutir o trabalho em saúde, no território das tecnologias não materiais, marcado pela produção de cuidados e processos de intervenção que operam em: relações, encontros de subjetividades. Ainda segundo são tecnologias de saúde vistas através das dimensões materiais e não materiais do fazer em saúde (MERHY, 2007). Tais tecnologias são classificadas como: 1- Tecnologias duras: são as máquinas, os equipamentos em geral, usados para exames e cirurgias, etc., 2- Tecnologias leves: onde o saber técnico é estruturado e, 3- Tecnologias leves, as relações entre sujeitos que só têm materialidade em ato, são as produzidas no trabalho vivo em ato, apresentam as relações



de interação e subjetividade, e que ao mesmo tempo possibilitam o acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização (FERRI *et al.*, 2007).

No Brasil, no que se refere a Saúde Mental, temos a Rede Básica de Saúde, que atua por meio da Política de Saúde Mental, alinhada aos pressupostos da Reforma Psiquiátrica, como uma forma atual de garantir atendimento em rede de base municipal, com essa concepção de cuidar, livre de preconceito. A Atenção Primária em Saúde tem a função não apenas de porta de entrada, inclusive das demandas de saúde mental, mas como elemento articulador da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (DIMENSTEIN; LIMA; MACEDO, 2013).

No entanto, existem alguns empecilhos que serão apontados e precisam ser observados pelas equipes e gestores no trabalho de articulação entre saúde mental e atenção primária. O principal deles, talvez seja a incorporação de novas tecnologias de trabalho, o que reflete na mudança de modelos tecnoassistenciais em saúde (FEUERWERKER, 2005). É na Atenção Primária que os processos de trabalho também atuam, bem como os modelos tecnoassistenciais, conforme Silva Junior e Alves (2007), o investimento nos modelos tecnoassistenciais do SUS é importante para observarmos novos caminhos para a saúde mental, apostando não apenas em abertura de serviço e financiamento de políticas, mas em um modelo de atenção diferente do modelo tradicional do cuidado que não considera a capacidade que o sujeito possui de se relacionar e interagir.

As experiências com resultados positivos, no que concerne ao trabalho em rede, foram na atenção às pessoas idosas, na saúde mental, no controle do diabetes, no aumento da satisfação dos usuários, no controle de doenças cardiovasculares, no controle de doenças respiratórias crônicas e na redução da utilização de serviços especializados (MENDES, 2010).

No mundo globalizado estamos configurados em uma sociedade em rede (CASTELLS, 1999). Sendo que a rede não é um simples ajuntamento de serviços ou organizações, ela requer a adoção de elementos que deem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos. Na organização de uma rede, conforme Silva (2008), todos devem reconhecer suas dependências e interdependências, não havendo espaços para poderes centralizados, imposições, desníveis de mando. Assim, todos devem juntos construir condições para operar serviços, possibilitar trânsitos, fluxos. Para isso, requer um suporte a essa relação interorganizacional com elementos que possam saber quem são os participantes, quais os recursos envolvidos, as responsabilidades, a coordenação compartilhada, os objetivos específicos e comuns. A partir disso, entendemos que a rede de serviços no âmbito da Saúde também apresenta pontos semelhantes aos anteriormente levantados, como: definir porta de entrada ou linhas de cuidado, integrar os sistemas de comunicação e informação, ordenamento o acesso por ordem de classificação de



risco, oferta de atendimento às necessidades do paciente, racionalizar a oferta de serviços, evitar a repetição de exames e anamneses, permitir aos profissionais o acesso aos prontuários e exames de modo integrado, e oferecer educação sanitária ao paciente (SILVA, 2008).

As Redes de Atenção à Saúde, foram instituídas, no Brasil, a partir da Portaria Nº 4.279/2010, elas são um conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde; com acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde. Nesse sentido, as Redes de Atenção à Saúde buscam a integralidade do cuidado, sendo que a atenção primária em saúde constitui a base da RAS como ordenadora do cuidado (BRASIL, 2010). Desse modo, em Decreto de 2011, nº 7.508, foram instituídas as Região de Atenção em Saúde, apresentando-se como espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Cada região vai delimitar os limites geográficos para o acesso, bem como os usuários dos serviços, as ações dos serviços e as responsabilidades, como critérios de acessibilidade, etc. Como, por exemplo, para ser uma região de saúde, alguns serviços a seguir deverão constar no território: atenção primária; urgência e emergência; atenção psicossocial; atenção ambulatorial especializada e hospitalar; e vigilância em saúde (BRASIL, 2011).

Logo, o decreto Nº 7.508/2011 se apresenta como uma possibilidade de articulação com a Saúde Mental que passa a fazer parte de forma mais efetiva do Sistema Único de Saúde. Possibilitando também, com a Portaria Nº 3.088/2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), maiores oportunidades de acesso dos usuários a rede de serviços do SUS, principalmente através de práticas interdisciplinares, intersetoriais e voltadas para a integralidade, onde esta possa ser um princípio ético-político; bem como, interação complexa entre os paradigmas de conhecimento que servem de base aos programas sociais universais, além de um princípio que pede uma prática interdisciplinar. Integralidade como também princípio integrador de práticas preventivas e assistenciais de diferentes níveis de complexidade; e como forma organizadora de processos de trabalho e de políticas públicas (VASCONCELOS, 2009). Dessa forma, Yasui e Costa-Rosa (2008), afirmam que com a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS) no campo da Saúde Mental, há a possibilidade dessas novas formas de trabalho, com a proposta de ação através de prática interdisciplinares e intersetoriais.



Com a EAPS obtivemos a proposta de superação do paradigma tradicional de saúde, baseado na doença, em substituição por um novo, capaz de situar de modo afirmativo: um paradigma situado na Saúde Mental e na Saúde Coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial com a construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de atenção e de cuidado.

A EAPS é uma lógica que perpassa e transcende as instituições enquanto estabelecimentos, tomando-as dispositivos referenciados na ação sobre a demanda social do território, distanciando-se, dessa forma, de um sistema organizado e hierarquizado por níveis de complexidade da Atenção. A Estratégia, uma vez operando e concretizando o princípio da integralidade na produção da atenção e cuidado, através do matriciamento, da Atenção Básica e com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), poderá dar outro sentido aos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e seu atual segmento de ações ambulatoriais. Poderá ajudar, também, na compreensão de que a persistência do Ambulatório, que convive com o CAPS em um mesmo território, significa a reincidência no preventivismo, longe, portanto, da lógica da Atenção Psicossocial (YASUI; COSTA-ROSA, 2008, p.36).

Dessa forma, a RAPS, de acordo com o Decreto nº 3.088 de 2011, propõe esta atenção psicossocial em sintonia com a Atenção Básica, através da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Estes pontos são importantes para entendermos que a rede é elaborada como uma forma de ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; além de garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

A rede vem com o objetivo, também, com o intuito de promover cuidados em saúde; prevenir o consumo, a dependência e reduzir danos provocados por crack, álcool e outras drogas; promovendo a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, promover mecanismos de formação permanente aos profissionais, além de desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; e principalmente regular e



organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção Psicossocial (BRASIL, 2011).

Principalmente na Atenção Básica, como um dos pontos da rede, há que se frisar a importância de se desinstitucionalizar práticas e saberes, engendrados nos serviços, de que não podem ou não têm apresentado o manejo para lidar com os casos de saúde mental, como afirma Amarante (2009). Há alguns pontos primordiais para entendermos esta dificuldade da APS em lidar com a saúde mental, são por exemplo: o despreparo dos profissionais, em especial, para acolher as demandas, ausência de capacitações para os profissionais, ênfase no modelo tradicional de atendimento, prioridade da política de saúde mental para lidar com os casos mais graves, além da ausência de tecnologias de cuidado (MACEDO, *et al.* 2015). Assim, na perspectiva de rede, os trabalhos devem ser articulados, ao invés de centralizados sob a gerência do CAPS. Diante disso, é preciso retomar a potência de trabalho em Saúde Mental, realizando um trabalho articulado, ampliando a oferta de serviços, além disso, é preciso construir dispositivos que orientem a gestão do cuidado em rede, viabilizando e ampliando o acesso e o acolhimento, articulando também, com a rede intersetorial, prezando por uma gestão de rede compartilhada.

## 2.2. A Saúde Mental e o trabalho em rede no Piauí: recortes históricos

O Piauí, é um dos nove Estados da região Nordeste, conta com 224 municípios e apresenta população de 3.118.360 hab. (IBGE, 2010). Historicamente, a Saúde Mental no Estado acompanha o cenário nacional, isto é, com as ações concentradas na capital (ROSA, 2011).

A história da Saúde Mental, no Piauí, é marcada pela criação do Asilo dos Alienados, em 1907. Até os anos 1980, a Saúde Mental, se concentrou em Teresina, capital do Estado, com o fortalecimento dos dois hospitais psiquiátricos, Hospital Areolino de Abreu (público) e o Sanatório Meduna (privado). Somente com a implantação do Programa de Saúde Mental Comunitária proposto pela Associação de Saúde Mental Comunitária, hegemonicamente constituída pelo poder psiquiátrico piauiense da época, é que inspirada no modelo norte-americano de Psiquiatria Comunitária passa a ampliar os pontos de assistência, anteriormente centrados no hospital, para serviços ambulatoriais distribuídos pelos bairros da capital e em quatro municípios do interior: Campo Maior, Picos, Floriano e Parnaíba (ROSA, 2005).



Na década de 1990, os debates locais e a força dos psiquiatras acabaram por diminuir as chances do Estado acompanhar o cenário nacional na abertura de serviços substitutivos ao hospital. A falta de avanços reais fez com que o Ministério da Saúde pressionasse pela redução dos leitos, sem qualquer contrapartida do estado e/ou dos municípios na abertura de serviços psicossociais. As primeiras respostas foram dadas em 1997, quando são criados os hospitais-dia de Picos e de Parnaíba, segundo momento de descentralização de serviços, apesar de ainda incipiente, tomando como referência a grande extensão do território do estado. Data, a partir de então, a intensificação de debates legislativos sobre a Saúde Mental, com a proposição das Leis de Saúde Mental no âmbito estadual e municipal de Teresina (ROSA, 2005).

Somente a partir dos anos 2000, a força antimanicomial é reconhecida em nível local, com o debate da Luta Antimanicomial nos principais espaços de discussão da Saúde Mental no Piauí. Tal acontecimento impulsionou os embates entre os atores sociais envolvidos, apesar das dificuldades quanto a abertura de novos serviços no Estado (MACEDO, 2011). Deste modo, o processo foi moroso, devido às resistências do poder psiquiátrico local, resultando em um processo reformista lento e pouco sintonizado com a proposta de atenção psicossocial.

Atualmente, o Piauí encontra-se em um processo de reestruturação da Rede de Atenção Psicossocial, que está sendo articulado com trabalhadores, gestores, usuários, professores universitários e militantes na área, através de um Grupo Condutor do Estado, conforme preconiza a portaria nº 3088, da RAPS, que tenta viabilizar ações não somente de implantação de serviços, mas de educação permanente aos trabalhadores, bem como tenta integrar a comunidade acadêmica e o controle social às ações que se são produzidas no âmbito da Saúde Mental.

### 3 CONCLUSÃO

A partir do exposto, cabe frisar que a proposta de trabalho ainda se encontra em andamento, e foi pretendido aqui traçar alguns pontos para entendermos um pouco do processo da Rede de Atenção Psicossocial, a fim de ser retratado e relatado o panorama da assistência, preconizada pelo SUS e da movimentação profissional dentro da rede em prol de avanços e melhorias.

O trabalho aqui exposto, traz uma breve discussão atual e pertinente para o campo da saúde e saúde mental para melhorias de articulação das políticas públicas e movimentos sociais



do setor saúde rumo a operacionalização de processos de mudança, pensando também um trabalho intersetorial que possa integrar redes e setores distintos em prol de uma efetivação do cuidado em rede.

Além da intersetorialidade, aposta-se no investimento em políticas públicas e saúde e na Política de Educação Permanente para que profissionais e usuários possam se empoderar do trabalho e oferta de serviços na rede, para que juntos possam mobilizar e movimentar a participação social junto aos serviços, todos se corresponsabilizando pelo processo. Logo, espera-se que esta discussão possa contribuir para o campo da Saúde Mental no Piauí e no Brasil.

## **REFERÊNCIAS**

AMARANTE, P. D. de C. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

AYRES, J. R. C. M. Uma Concepção Hermenêutica de Saúde. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p. 43-62, 2007.

BOBBIO, N. **A era dos direitos**. 11. Ed. Rio de Janeiro: Campos; Elsevier, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**, Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizausus_2004.pdf)>. Acesso em: 29 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**, 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). Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html)>. Acesso em: 29 jun. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.088**, 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) e dá outras providências. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)>. Acesso em: 29 jun. 2016.

CASTELLS, M. **Sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

DIMENSTEIN, M. D.; LIMA, A. I.; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde mental: coordenação e continuidade de cuidados na Atenção Primária. In: PAULON, S.; NEVES, R.



(Orgs.). **Saúde mental na atenção básica: a territorialização do cuidado**. Porto Alegre: Sulina, 2013.

FERRI, S. M. N et al. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface** (Botucatu). v.11, n.23, p. 515-529, 2007.

FEUWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico**. 2010. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, dados referentes à população de municípios do Piauí. (IDHM). Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/uf.php?lang=&coduf=22&search=piaui>> Acesso em 30 jun. 2016.

MACEDO, J. P. S. **Participação e ação política dos psicólogos frente à Política de Saúde Mental no Piauí**. 2011. 272f. Tese. (Doutorado em Psicologia)- Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN, Natal/RN. 2011.

\_\_\_\_\_. *et al.* A RAPS na atenção em álcool e outras drogas: proposições para a integralidade do cuidado a partir da APS. In: ROSA, L. C. dos S. et al. **CRR Articulando a RAPS: a construção e novas práticas e saberes no Piauí**. Brasília: Verbis Editora, cap. 6, p. 137-167, 2015.

MARSHALL, T. H. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**.v.5, n.15, p. 2297-2305, 2010.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, p.71-111, 2007.

PRATTA, E. M. M.; SANTOS, M. A. dos. O Processo Saúde-Doença e a Dependência Química: Interfaces e Evolução, **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 25 n. 2, p.203-211, abr./jun. 2009.

ROSA, L. C. dos S. **Panorama da Assistência Psiquiátrica no Piauí**. Piauí: EDUFPI, 2005.

\_\_\_\_\_. **Transtorno Mental e o cuidado na família**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA JUNIOR, A. G; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (org). **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, p 27-41. 2007.

SILVA, S. F. da (org). Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.

# II Simpósio Internacional sobre Estado, Sociedade e Políticas Públicas

*“Estado e Políticas Públicas no Contexto de Contrarreformas”*

20, 21 e 22 de junho de 2018

Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas - UFPI - Teresina - Piauí



TRAJANO, A. R. C.; CUNHA, D. M. da. Processo de Trabalho no SAMU e Humanização do SUS do ponto de vista da atividade humana. **Trabalho, educação, saúde (Online)**, v.9, suppl.1, p.113-136, 2011.

VASCONCELOS, E. M. Epistemologia, diálogos e saberes: estratégias para práticas interparadigmáticas em saúde mental. **Caderno Brasileiro de Saúde Mental**, v. 1, n.1, jan-abr. 2009.

YASUI, S.; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 78/79/80, p. 27-37, jan./dez. 2008.