

ONÉZIMO TADEU D'ASSUNÇÃO

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO PROGRAMA BEM VIVER
COMO ANALISADOR DA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2016

ONÉZIMO TADEU D'ASSUNÇÃO

**A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO PROGRAMA BEM VIVER
COMO ANALISADOR DA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E
ATENÇÃO BÁSICA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia Social
Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais e Socioeducativos

Orientador: Marcelo Dalla Vecchia

São João del-Rei
PPGPSI-UFSJ
2016

Ficha catalográfica elaborada pela Divisão de Biblioteca (DIBIB)
e Núcleo de Tecnologia da Informação (NTINF) da UFSJ,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

D111a D'Assunção, Onézimo Tadeu.
A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO PROGRAMA BEM VIVER COMO
ANALISADOR DA RELAÇÃO ENTRE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
BÁSICA EM MUNICÍPIOS DE PEQUENO PORTE / Onézimo
Tadeu D'Assunção ; orientador Marcelo Dalla Vecchia .
-- São João del-Rei, 2016.
120 p.

Dissertação (Mestrado - Psicologia) --
Universidade Federal de São João del-Rei, 2016.

1. Psicologia. 2. Saúde Mental. 3. Atenção Básica.
4. Saúde Pública . I. Dalla Vecchia , Marcelo,
orient. II. Título.

A Dissertação “A Atuação do Psicólogo no Programa Bem Viver como Analisador da Relação entre Saúde Mental e Atenção Básica em Municípios de Pequeno Porte”

elaborada por **Onézimo Tadeu D' Assunção**

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora, foi aceita pelo Programa de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de São João del-Rei como requisito parcial à obtenção do título de

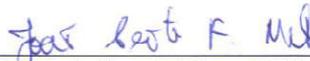
MESTRE EM PSICOLOGIA

São João del-Rei, 31 de Maio de 2016

BANCA EXAMINADORA:



Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia - (UFSJ)
Orientador



Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto - (PUC-Minas)



Prof. Dra. Cassia Beatriz Batista - (UFSJ)

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, aos meus pais por permitirem e apoiarem as minhas escolhas. Por serem a base, o suporte para a caminhada na vida atravessada de vicissitudes, e por me ensinarem a querer continuar.

Agradeço ao meu orientador, Marcelo Dalla Vecchia, pela parceria e confiança. Também por todas as conversas que transcenderam o campo da pesquisa. Neste processo tive a oportunidade de, com ele, aprender e amadurecer como profissional, pesquisador e pessoa. Marcelo tornou-se uma pessoa que admiro e um amigo.

Agradeço aos meus amigos, que tenho o privilégio de dizer que são muitos. De diferentes épocas e sempre presentes. A eles agradeço a potência da liberdade e as histórias que me constituem. Aqui, quero agradecer especialmente a dois, Carol e Ailton, por serem as minhas referências em nova terra. Eles me acolheram e me mostraram os prazeres de viver no Campo das Vertentes.

Agradeço ao meu companheiro Bruno, que esteve presente nos momentos mais intensos dessa pesquisa. Obrigado pela paciência e apoio.

Agradeço a professora Cássia que por sorte tive a oportunidade de reencontra. Alguém com quem me identifico ideologicamente e por quem criei bastante afeto. Obrigado pelas trocas de utopias!

Agradeço ao professor João Leite, a quem também tenho a oportunidade de reencontrar. No nosso primeiro encontro, orientou-me em meu trabalho de conclusão da graduação. Esta pesquisa que agora apresento é a continuidade do desejo de conhecer e contribuir para o campo da saúde mental.

Agradeço à Tassiana, monitora que me auxiliou na condução dos grupos focais.

Agradeço, finalmente, aos meus colegas de profissão que permitiram e participaram da construção desta pesquisa. Compartilharam comigo suas práxis. Uma prática que também é minha prática e tornou-se objeto de reflexão e pesquisa. Desta forma, acredito que tive a possibilidade de compreender e tentar melhorar meu devir Psicólogo.

LISTA DE SIGLAS

SUS – Sistema Único de Saúde

MS – Ministério da Saúde

SM- Saúde Mental

AB- Atenção Básica

AI – Análise Institucional

OMS – Organização Mundial de Saúde

MG – Minas Gerais

RN – Rio grande do Norte

EUA- Estados Unidos da América

DINSAM - Divisão Nacional de Saúde Mental

MTSM - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental

OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

eSF – Equipe de Saúde da Família

UBS – Unidade Básica de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

NASF - Núcleo de Apoio em Saúde da Família

RAPS – Rede de Atenção Psicossocial

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CAPSad - Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas

CAPSi - Centro de Atenção Psicossocial infantil

CERSAM - Centro de Referência em Saúde Mental

CCC- Centro de Convivência e Cultura

ESM – Equipe de Saúde Mental

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CISVER - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região das Vertentes

RESUMO

Este estudo se propõe a analisar a atuação do psicólogo no Programa Bem Viver, com a finalidade de compreender a relação entre saúde mental e atenção básica em alguns municípios de pequeno porte da região das Vertentes no estado de Minas Gerais. O problema de pesquisa surgiu a partir da minha atuação como psicólogo no referido programa. Para a realização desta pesquisa foi feito, primeiramente, um levantamento bibliográfico da literatura que problematiza a relação entre a Política de Saúde Mental e a Política de Atenção Básica brasileira, expondo modelos e experiências de reformas na assistência em saúde mental que incluem atenção básica. Apresentamos também reflexões sobre a inserção do psicólogo no Sistema Único de saúde, especialmente sua atuação na atenção básica. Como referenciais teórico-metodológicos foram utilizadas ferramentas da pesquisa qualitativa em ciências sociais para coleta de informações e os pressupostos da Análise Institucional para balizar nossa intervenção e análise. Foram realizados grupos focais com os psicólogos atuantes no Programa Bem Viver, como objetivo de analisar suas práticas. Elegemos alguns pontos importantes na discussão: o Programa Bem Viver como um espaço instituinte no contexto de sua implantação e, atualmente, uma tensão devido ao seu lugar indefinido na Rede de Atenção Psicossocial; as práticas realizadas pelos psicólogos atuantes no Programa Bem Viver, nas quais verificamos a predominância da prática clínica individual, mesmo diante de uma diversidade de demandas; e o trabalho interdisciplinar e multiprofissional, que mostrou-se ainda incipiente e pontual, demonstrando uma lógica de especialismos. Neste sentido, concluímos que o Programa Bem Viver, apesar de ter um formato híbrido, com ações que se aproximam das diretrizes da atenção básica à saúde, a sua estrutura e seu funcionamento ainda estão mais vinculados ao modelo de ambulatório de saúde mental. A partir desta pesquisa assinalamos a importância da avaliação de experiências locais que possam trazer elementos para compreender as tensões e os diálogos entre os campos da saúde mental e atenção básica em municípios de pequeno porte.

Palavras-Chave: Psicologia. Saúde Mental. Atenção Básica. Analisador.

ABSTRACT

The purpose of this study is to analyze the performance of the psychologist in the program “Bem Viver”, intending to understand the relation between mental health and the primary care in some of the small municipalities in the Vertentes region, in the state of Minas Gerais. This research problem arose from my own performance as a psychologist in the program “Bem Viver”. First, a bibliographical survey of literature that discusses the relation between the Brazilian mental health policy and the Brazilian primary care policy was made, exposing models and experiences of Mental Health care reforms that include the primary care. We also present some reflection upon the insertion of the psychologist in the Unified Health System (SUS), especially concerning the psychologist performance in the primary care. As theoretical and methodological references, tools of the qualitative research in social sciences were used to collect information and the principles of the Institutional Analysis were used to define our intervention and analysis. Focus groups with the psychologists that work in the program “Bem Viver” were created with the purpose of analyzing their practices. Important issues for the discussion were elected: the program “Bem Viver” as an instituting space in the context of its implantation and, currently, the tension created because of its undefined place within the Psychosocial Attention Network. Concerning the practices of the psychologists, we found, mostly, the individual clinical practice, even in the face of the variety of demands. The interdisciplinary and multiprofessional work proved to be incipient and punctual, demonstrating the logic of specialism. In this sense, we have concluded that the program “ Bem Viver”, despite its hybrid format – with actions that come close to the health basic care guidelines, has a structure and a functioning that are more linked to the model of the mental health ambulatory. From this piece of research, we point out the importance of evaluating the local experiences that are able to bring out elements with which the tensions and dialogues between the fields of mental health and primary care can be understood.

Key-words: Psychology, Mental Health, Primary care, analyzer.

Sumário

1 APRESENTAÇÃO: Nota sobre o pesquisador	11
2 PSICOLOGIA, SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA	17
2.1 Políticas de Saúde mental e Políticas de Atenção Básica à saúde: trajetórias, diálogos e tensões	18
2.2 Saúde mental na atenção primária à saúde: Alguns modelos e experiências	30
2.2.1 Natal: a experiência de Ambulatório em Saúde Mental	35
2.2.2 Belo Horizonte: Um percurso até integração com a Saúde da Família	38
2.3 A inserção do psicólogo no SUS: reflexões sobre as práticas na atenção básica à saúde	44
3 OS CAMINHOS DA PESQUISA	53
3.1 Análise Institucional e seus conceitos	55
3.2 Contribuições da Análise Institucional para a pesquisa	57
3.3 O local da pesquisa	61
3.4 Os participantes da pesquisa	65
3.5 Técnicas para coleta de informações	66
3.6 O processo de análise das informações	69
3.6.1 Aspectos éticos	70
4 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO PROGRAMA BEM VIVER: COMO SE CONFIGURA A RELAÇÃO SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA?	71
4.1 Características dos psicólogos, indicadores das práticas realizadas e principais demandas	71
4.2 Analisador Espaço: “é um espaço que não dá pra definir, ele é muito mais amplo que algo convencional”	75
4.3 Analisador Especialismos: Os <i>Experts</i>	82
4.3.1 Especialismo e políticas. “É especializada ou não é especializada?”	84
4.3.2 Especialismos e Interdisciplinaridade: “A saúde mental é lá; saúde é aqui”	88
4.3.3 Especialismo e Formação: “Então, se você fica preso à teoria, o paciente também fica preso naquilo”	92
4.4 Analisador Demanda: “eu não vou conseguir atender tudo, né?”	96

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
APÊNDICES	113

APRESENTAÇÃO: Nota sobre o pesquisador

Este estudo segue a tendência da pesquisa qualitativa, balizada pelos pressupostos teórico-metodológicos da Análise Institucional. Deste modo, adota-se uma postura contestadora do modelo positivista, o qual pressupõe a neutralidade do pesquisador no modo de investigar. Aqui, utiliza-se a noção de pesquisador implicado, que considera o ato de pesquisar também uma intervenção no campo onde se investiga. Nesse sentido, o pesquisador não se esconde, sua história e sua atuação não ficam de fora, são também analisados durante o processo de pesquisa. Portanto, atendendo essa perspectiva, apresentarei o meu envolvimento e a minha experiência com o tema desta pesquisa.

O meu envolvimento com a saúde mental e a saúde pública teve início há alguns anos, durante a graduação em Psicologia. O primeiro contato com o hospital psiquiátrico despertou em mim uma mistura de sensações, as quais me inquietaram e mostraram alguns desafios que considero importantes para Psicologia. A relação com pacientes psiquiátricos segregados num hospital fechado causou-me um impacto tão forte que quis entender melhor a história dessas instituições e das pessoas que nelas viviam. Esse despertar vem consoante à vontade de participar do processo de mudança nas formas de tratamento em saúde mental, coerente aos princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A partir daí, minha trajetória acadêmica é marcada pela escolha da saúde mental. Estágios, projetos de extensão e pesquisas fizeram com que me aprofundasse nesse campo e trilhasse um percurso na minha formação em Psicologia. Experiências nesse período foram significativas, destaco entre elas: o estágio de oficinas com pacientes do hospital psiquiátrico Raul Soares; o projeto de extensão da rádio-oficina com usuários do Centro de Convivência da regional nordeste de Belo Horizonte; e a minha pesquisa de monografia, na qual realizei o trabalho de campo no CERSAM- Central do município de Betim. Encerrei minha graduação em 2007 com um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em que desenvolvi a pesquisa intitulada: “O lugar da clínica nos serviços substitutivos de saúde mental”. Esse percurso me permitiu ter contato com o manicômios e também com os serviços que veio o substituir, criando em mim a esperança de que o campo da saúde mental pode ser um lugar onde se possam realizar projetos, que possibilite a liberdade, a criatividade e os direitos humanos.

Contudo, devido a atravessamentos pessoais e socioeconômicos, pós-formado, fiquei afastado da saúde mental por cinco anos, atuando em outras áreas. Mas o desejo de voltar para esse campo de atuação sempre se manteve.

O retorno aconteceu após diversos concursos e processos seletivos para área de saúde. Em 2012 fui aprovado num processo seletivo para trabalhar na “atenção básica” à saúde numa cidade de pequeno porte no interior de Minas Gerais. Em junho daquele mesmo ano iniciei as minhas atividades na cidade de São Tiago. Uma série de expectativas, medos e dúvidas permeavam essa minha entrada na saúde pública.

A minha aproximação com a Reforma Psiquiátrica proporcionou certa abertura na maneira de pensar sobre o cuidado em saúde mental na saúde pública. Porém, ao iniciar meu trabalho não sabia muito bem como operacionalizar esses princípios na atenção básica. Nesse momento, a minha atenção estava direcionada para os diagnósticos e em como atender a numerosa demanda que chegava ao serviço com atendimento clínico, ou seja, com uma postura ainda baseada num modelo tradicional da Psicologia.

Logo, toda a diversidade das demandas colocava em questão o aparato técnico e teórico da minha formação como psicólogo. A atenção básica trazia desafios com os quais ainda não havia deparado. Mulheres poliqueixosas, encaminhamentos escolares, pessoas com problemas relacionais e com a justiça, uso abusivo e inadequado de psicotrópicos, vulnerabilidades sociais que interferiam no bem-estar das pessoas, doenças crônicas, uso abusivo de álcool e outras drogas, além das psicoses e neuroses graves. Esses são alguns exemplos de casos que chegavam ao serviço sem cessar. Essa variedade de demandas exigia ações diversificadas, que estavam além do atendimento clínico individual.

Após me deparar com essa diversidade de demandas da atenção básica e por tentar entender essa realidade, questionamentos começaram a surgir: como fazer promoção e prevenção em saúde mental? Como diversificar e ampliar as ações para além da clínica individual, uma vez que a demanda para tal se apresenta como inesgotável? Quais pessoas e instituições poderiam ser parceiros neste trabalho? E, por fim, como construir ações que promoviam autonomia para a população atendida?

Na tentativa de encontrar maneiras para ampliar minha prática, busquei suporte na Universidade, nas diretrizes das políticas públicas consolidadas e também com colegas que compartilhavam desse mesmo lugar. De certo, não obtive as respostas para todos os meus questionamentos, mas no processo de trabalho e de estudos, alguns pontos foram se esclarecendo e outras ações configurando o meu trabalho. Porém, ainda havia a reprodução de um modelo ambulatorial instituído no qual encontrava muitas dificuldades para mudança.

O serviço em que atuei possui algumas especificidades no processo de institucionalização da atenção básica da região que considero importante mencionar. A

maioria dos municípios da Região de Saúde é de pequeno porte e não possui serviços de média e alta complexidade em saúde mental.

A minha experiência de trabalho ocorreu no programa de saúde Bem Viver que, apesar de estar em espaço físico separado das Unidades Básicas de Saúde (UBS), executa a função do atendimento primário em saúde mental nos municípios que o possuem. Aqui, não estenderei na descrição e na problematização do Programa Bem Viver, isso será realizado em outros capítulos. Neste momento, é importante citá-lo como um dos fatores que modelaram minha prática e que também foram determinantes para a formulação do problema desta pesquisa.

Como uma maneira de fortalecer o Programa Bem Viver, mantê-lo ativo e também para dar suporte aos profissionais que nele trabalham, foi decidido entre o grupo de psicólogos a realização de reuniões mensais no espaço do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região das Vertentes (CISVER)¹. Nas reuniões discutíamos o planejamento de ações, impasses vividos nos serviços, articulação da rede, bem como outros atravessamentos e experiências inovadoras de nossas práticas. Quando cheguei para trabalhar no Bem Viver, no ano de 2012, o grupo era composto por 10 municípios, e atualmente já são 15, dentre os 20 que compõem a Regional de Saúde de São João del-Rei.

O Programa Bem Viver institui na região uma maneira diferenciada de atendimento psicossocial na atenção básica. Possui uma estrutura ambulatorial, com atendimentos mensais de psiquiatra e neurologista. Oferece também um espaço de convivência onde são realizadas oficinas com terapeuta ocupacional, psicólogos e agentes de saúde. O serviço funciona diariamente com a presença do psicólogo, que realiza suas diferentes ações e assume também o papel de coordenador do programa. Em algumas cidades o programa conta com um auxiliar administrativo, que geralmente é um agente de saúde. Desse modo, o programa tem um funcionamento híbrido com características simultâneas de ambulatório de saúde mental e centro de convivência.

Nas reuniões mensais com os demais psicólogos atuantes no Bem Viver, fomentaram-se vários questionamentos discutidos coletivamente sobre o serviço. Havia o reconhecimento da efetividade do Bem Viver e da melhoria no atendimento da saúde

¹ O CISVER foi implantado em fevereiro de 1996 conforme a ata de constituição e a eleição de sua primeira diretoria, lavrada e assinada pelos representantes dos municípios que compõem a microrregião das vertentes. Sua principal diretriz é ampliar e fortalecer os municípios consorciados em ações conjuntas na área de saúde, racionalizando investimentos através da cooperação e parcerias das Prefeituras Municipais.

mental nesses municípios, o que diz de sua força instituinte. Porém, em alguns aspectos, o serviço apresenta reproduções do modelo ambulatorial e também se mostra incoerente com a proposta de ampliação da atenção básica preconizada pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), especialmente no que diz respeito à integralidade das práticas, separando saúde mental das demais ações de cuidado.

Diante dessas características e desse lugar indefinido na rede e seu processo ainda em institucionalização, o Programa Bem Viver torna-se o analisador dessa pesquisa. Até onde o programa é coerente com as diretrizes da atenção básica preconizada pelo SUS? Qual sua força instituinte? O que há de reprodução de um modelo biomédico ambulatorial? Os questionamentos relacionados ao programa Bem Viver fez com que eu percebesse que existe uma tensão entre Atenção Básica e Saúde Mental, e procuro entender quais os atravessamentos e as forças instituintes que formatam a relação entre esses dois campos. Compreendendo que, ao analisar uma realidade específica posso encontrar correlações entre como essas políticas se dialogam no cenário nacional.

Retomando o que mencionei anteriormente acerca dos questionamentos que foram surgindo no decorrer do meu cotidiano de trabalho no município de São Tiago, algumas situações são emblemáticas para demonstrar a complexidade dessa prática. Estas nos desafiam a exercer diversos papéis além do clínico, dentre esses destaco o aspecto ético-político de nossas ações.

O movimento dos trabalhadores da saúde mental no seio da Reforma psiquiátrica é bom exemplo do posicionamento político como ferramenta para mudanças e conquistas. Através das denúncias de maus-tratos nos manicômios, na participação em associações e reivindicando por políticas públicas mais humanizadas na saúde mental, esses profissionais conquistaram, com ajuda de outros agentes, mudanças de leis e modelos de assistência em saúde mental. Esse processo evidencia a importância do papel crítico político do trabalhador do SUS para sua consolidação.

Percebi em minha prática que, para além das reivindicações por melhorias nos serviços de saúde, nós, trabalhadores da saúde pública, nos deparamos, no cotidiano, com a necessidade de intervenções políticas determinantes para o manejo do cuidado com os usuários do serviço. Situações marcantes posso destacar aqui, como: impedir internações em comunidades terapêuticas não regulamentadas para pessoas que fazem uso abusivo de drogas; contestar detentores de mandatos políticos que aderem a esse tipo de prática de encaminhamento, burlando a rede, para se promover politicamente; negociar com outros setores parcerias para colaborar com tratamentos para usuários no território, garantindo

o seu tratamento em liberdade; e também informar a população, seja no próprio serviço ou em outras situações públicas, sobre as formas substitutivas de tratamento que considerem o direito de cidadania dos indivíduos.

De acordo com Mehry e Franco (2003) os serviços de atenção básica têm como sua principal ferramenta de trabalho as tecnologias das relações, nomeadas como tecnologias leves. Estes recursos tecnológicos são operados no espaço intermediário do encontro entre trabalhador e os usuários no interior dos serviços de saúde, nos quais há abertura para a produção subjetiva dos sujeitos. Desse modo, a subjetividade e a dignidade humana, tanto dos usuários quanto do trabalhador da saúde, devem ser enfatizadas como um direito inalienável.

Nesse modo de atuar podemos ampliar as ações para além do trabalho técnico e hierarquizado. A conceber como importante a participação social dos cidadãos para os cuidados de saúde possibilitamos a horizontalidade e flexibilidade dos diferentes saberes, com maior possibilidade de criatividade dos agentes envolvidos e maior integração da equipe. A humanização do atendimento como tecnologia leve é uma forma de manejo do trabalho nas relações, enquanto a atenção integral é tida como gerenciadora dos processos de trabalho humanizados. Esta tem como ações a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação da saúde e a humanização do atendimento (Merhy e Franco, 2003).

A promoção e prevenção em saúde são diretrizes centrais das ações na atenção básica. Um dos meus questionamentos sobre a atuação na atenção básica era justamente como realizar esse trabalho. De certo, exercer um papel formativo mostrava-se necessário. Porém, ações pontuais e de caráter hierarquizado tinham efeitos muito limitados, não promovendo o protagonismo da comunidade.

Dentro da perspectiva da horizontalidade anunciada por Merhy e Franco (2003), entendo que o trabalho de educar vai para além da informação prestada, é um trabalho de empoderamento dos usuários e da comunidade sobre sua realidade. Nesse sentido, no meu cotidiano de trabalho, sair do consultório e interagir com as pessoas fora do *setting* possibilitou o estabelecimento de um vínculo mais próximo com a comunidade. Realizar certa desburocratização e atender demanda espontânea sem encaminhamentos possibilitou certa desmedicalização no processo de trabalho, ou seja, nem todos os casos necessitavam passar pelo médico, isso proporcionou um laço de confiança com os usuários e também permitiu construir com estes maneiras alternativas para seu próprio cuidado. Nas parcerias com usuários, trabalhadores da saúde e de outros setores, especialmente da assistência social, encontrei alguns direcionamentos para ações preventivas e de promoção da saúde.

Mesmo encontrando algumas saídas para ampliar a minha prática no Programa Bem Viver, persistia um processo de reprodução de um modelo cristalizado, principalmente no que se refere clínica individual, que ainda continuou sendo a prática majoritária. Permanecia também a lógica dos encaminhamentos e não havia discussão de casos e nem a corresponsabilização das equipes da ESF pela saúde mental. Tentei em situações pontuais de reunião de equipe compartilhar esses entraves, mas não houve muita mudança.

Para finalizar o meu relato sobre a experiência no Programa Bem Viver, digo que, atualmente, participo no campo com outra função, a de pesquisador. Minha saída como trabalhador no município de São Tiago se deu em dezembro de 2014 após um ano cursando o mestrado. Como não havia a possibilidade de conciliar os dois vínculos, dada a oportunidade de ser beneficiado pela bolsa de mestrado da CAPES, decidi que neste momento a minha atuação no campo seria essa pesquisa/intervenção.

Como anunciado no início desse item, no texto redigido de maneira pessoal, procuro não apenas deixar as minhas impressões sobre o campo. Trata-se também de um exercício de análise da minha própria implicação no trabalho que realizei no Programa Bem Viver, em direção ao meu deslocamento para atuar como pesquisador.

Desta forma, compreendo que encontrei dificuldades para repensar e redimensionar minhas práticas. Acredito que as experiências com o trabalho e a pesquisa colaboraram para ampliação tanto no entendimento quanto na forma de agir. Porém, tenho clareza que algumas interferências afetaram as possibilidades de mudanças mais revolucionárias. Os pertencimentos institucionais, como a formação com forte caráter clínico, as concessões feitas a fim de não causar um mal-estar com colegas de trabalho, os momentos de desmotivação diante de demandas que se apresentavam como irresolúveis, marcaram algumas das limitações que vivenciei.

Nesta análise preliminar, considero que o meu envolvimento com essa atividade ultrapassa a cartilha do prescrito e técnico. Esta pesquisa é, de certa forma, uma oportunidade para desvelar aspectos do meu percurso como profissional da saúde, que transitou nesses dois campos. Atualmente sou trabalhador do CAPS I de São João del-Rei, com isso tive a possibilidade de enxergar o objeto de estudo pelos dois pontos que pretendo buscar as relações. Além disso, a persistência em contribuir/participar/investigar está intrinsecamente relacionada aos meus *ideais* para uma sociedade mais justa. E também por acreditar no projeto do Sistema Único de Saúde (SUS) como proposta de garantir melhor qualidade de vida e tratamentos mais humanizados para a população brasileira.

2 PSICOLOGIA, SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA

Neste capítulo abordaremos a construção das políticas de saúde no Brasil, portanto, resgatamos alguns processos da constituição do SUS, mais especificamente os campos da saúde mental e da atenção básica à saúde. Nesse percurso o capítulo apresenta a inserção da Psicologia no SUS e os atravessamentos que modulam sua prática no setor público de saúde pública, de um modo crítico apontamos avanços, inovações, mas também entraves e reproduções. Para isso, fizemos aqui um recorte bibliográfico que resgata as principais lutas, reivindicações e mudanças que ocorreram nos últimos anos no campo da saúde pública e da saúde mental no Brasil.

Assim, ao entender que as políticas públicas são resultado dinâmico de um jogo de forças que se estabelece no âmbito do poder e da sociedade, destacamos no texto o processo de lutas e institucionalização das políticas em saúde e saúde mental, resgatando os movimentos de Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica no Brasil. Também apontaremos as reproduções e os processos ainda cristalizados.

Apresentamos em outro item deste capítulo a conceituação de alguns modelos de atenção em saúde mental, enfatizando a atenção primária à saúde. Além das conceituações, no texto, trazemos duas experiências brasileiras que relatam as mudanças nos modelos de atenção à saúde mental em seus municípios. Consideramos esse item importante para contextualização do nosso objeto de pesquisa.

Por fim, enfatizamos a Psicologia e sua atuação no SUS apresentando sua trajetória no campo da saúde pública. Esse item tem como objetivo trazer reflexões sobre o trabalho do psicólogo no SUS, especialmente na atenção básica à saúde, procurando entender o processo de entrada, os fatores que favoreceram essa inserção e também problematizar alguns pontos de tensões desse trabalho.

No campo da saúde pública e saúde mental encontraremos uma diversidade de produções com distintas perspectivas, aqui seguimos alguns autores que sustentam a importância dos fatores sociais, econômicos e subjetivos no processo saúde-doença. Dentre estes, alguns seguem a concepção da Análise Institucional, o mesmo referencial adotado para análise das informações de pesquisa produzidas no trabalho de campo.

2.1 Políticas de Saúde mental e Políticas de Atenção Básica à saúde: trajetórias, diálogos e tensões

Entre as décadas de 1970 e 1980 aspectos históricos das políticas públicas de saúde marcaram a inserção da Psicologia no Sistema Único de Saúde, sobretudo os movimentos da Reforma Sanitária e Reforma Psiquiátrica (Ferreira Neto, 2011). Neste resgate encontraremos momentos de diálogos e tensões entre o campo da saúde mental e o processo de institucionalização do SUS.

O percurso da saúde mental na atenção básica nos serviços públicos de saúde no Brasil tem seu marco formal na década de 1980, quando uma conjunção de fatores apontava para a necessidade de mudanças nas abordagens dos problemas de saúde. Neste momento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) havia reconhecido a dimensão dos problemas de saúde mental e toda sua complexidade. Dentre as recomendações da OMS para a organização de redes de atenção psicossocial, destaca-se a oferta de tratamento na atenção primária e a organização de ações em saúde mental no contexto social dos usuários (Amarante, 1998).

Os princípios da Reforma Psiquiátrica e do Movimento Sanitário brasileiro se apresentavam num processo aberto de elaboração e difusão de uma nova consciência de saúde a partir da inclusão das questões socioeconômicas e culturais como parte do processo saúde-doença. De acordo com esses princípios a saúde não é um conceito abstrato. O processo saúde-doença está diretamente ligado às condições sociais de moradia, alimentação, habitação, meio ambiente, trabalho, transporte, liberdade e acesso a serviços de saúde (Amarante, 1998).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, estimulam os mesmos ideais, além de sinalizarem para a urgência de reformulação na formação dos profissionais de saúde, adequando-se a um novo modo de trabalho em equipes multiprofissionais e para o desafio de reverter um modelo assistencial organicista e medicalizante (Spink, 2007).

No entanto, na relação entre a Reforma Psiquiátrica e a Reforma Sanitária verifica-se que ambas passaram por momentos de conjunção e disjunção. Em suas origens, essas reformas ocorreram de forma separada, pois a sanitária, que se consolida na década 1970 junto aos movimentos que faziam frente ao regime militar, antecede à psiquiátrica (Ferreira Neto, 2011a).

Segundo Amarante (1998), a Reforma Psiquiátrica inicia-se em 1978 com a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM) devido às denúncias do que ocorriam dentro dos hospitais psiquiátricos públicos, e o surgimento do Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) ligado a outras experiências internacionais de reformas no setor de psiquiatria e da saúde em geral.

Em um segundo momento a Reforma Psiquiátrica se incorpora ao movimento sanitarista, iniciado nos primeiros anos da década de 1980, quando parte considerável do movimento da Reforma Sanitária, e não apenas a psiquiátrica, passa a ser integrada ao aparelho do Estado. Resulta, por um lado, de uma estratégia desenvolvida pelo movimento sanitário de ocupação dos espaços públicos de poder como forma de implantar mudanças no sistema de saúde, num período do fim da ditadura e de renovação de lideranças tecnoburocráticas. Por outro lado, constituiu-se outra tática, essa de empreendimento do aparelho de Estado, de aderir ao pensamento crítico do movimento sanitário, seja com o objetivo de conseguir legitimidade, ou para reduzir os problemas agravados pela adoção de uma política de saúde excessivamente privatizante, custosa e elitista (Amarante, 1998).

A influência das diretrizes da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) ganha ênfase nesse momento, quando planos de medicina comunitária, preventiva ou de atenção primária são ressaltados. Aspectos tais como universalização, regionalização, hierarquização, participação comunitária e integralidade ganham destaque nesse contexto (Amarante, 1998).

Em 1987, evidencia-se uma separação entre os dois movimentos. Havia uma insatisfação crescente do Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) com os rumos dados pelo Ministério da Saúde ao campo. A trajetória institucional da Reforma Sanitária era considerada como tentativa inibida para Reforma Psiquiátrica, pois não propunha a desconstrução do paradigma da Psiquiatria clássica. Tais rumos se distanciavam dos ideais do movimento antimanicomial brasileiro que dialogava com a Psiquiatria Democrática Italiana, cuja ênfase estava na desinstitucionalização e não a simples desospitalização (Ferreira Neto, 2011).

Naquela ocasião, trabalhadores da saúde mental buscaram a autonomia do movimento da reforma psiquiátrica em relação ao Estado. Prevaleceu, então, um ideário de desconstrução e invenção, induzindo a um distanciamento do movimento sanitarista em sua estratégia de ocupação da máquina estatal (Amarante, 1998).

Atualmente, temos um novo momento de aproximação entre as duas reformas, primeiramente, com a transformação em leis das propostas da Reforma Psiquiátrica. A Lei

n. 10.216/2001, proposta pelo Deputado Federal Paulo Delgado, foi um marco constitucional para os direitos das pessoas com sofrimento mental. O texto redimensiona o modelo assistencial em saúde mental e também elenca uma série de direitos aos cidadãos que, até homologação dessa Lei, tinham como principal assistência a internação em hospitais psiquiátricos. Esse novo período é também politicamente reforçado pela recente ampliação em nível nacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que visa reorientar o modelo assistencial do SUS em todos os níveis, com ênfase na atenção básica de saúde, cuidando dos indivíduos em seu território (Ferreira Neto, 2011).

Em 1990 é anunciada a Declaração de Caracas, documento final da Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde, convocada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Neste documento, enfatiza-se a reestruturação da atenção psiquiátrica vinculada à atenção primária à saúde e na constituição de redes de apoio social e serviços comunitários que possam dar suporte aos indivíduos em seus contextos de vida (Amarante, 1998).

A identificação de problemas de saúde mental deve ocorrer no âmbito da atenção primária para, assim, mapear os problemas de saúde mental nas comunidades e as condições associadas a esses problemas. Isso constitui uma etapa necessária ao planejamento de ações voltadas para a saúde da população (Boing, 2009).

A Portaria 224/1992, que sucede a Lei Orgânica da Saúde, é um dispositivo legal que assinala para o desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica. A Portaria define normas para atenção em saúde mental tanto em nível ambulatorial, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), quanto em nível hospitalar. A atenção aos usuários nas UBS inclui atendimento individual e grupal, visitas domiciliares e atividades comunitárias. Em termos legais, trata-se de que ações de saúde mental devam ocorrer também na atenção básica, sob a responsabilidade de uma equipe multiprofissional (Dalla Vecchia & Martins, 2009).

A atenção básica, nessa perspectiva, destaca-se como estratégia de prevenção e promoção de saúde. Além disso, a atenção básica, como é concebida no Brasil, não pretende apenas prevenção e promoção, mas cuidados clínicos que podem dar conta de 80% dos problemas de saúde (Boing, 2009). Por isso, as instituições governamentais têm interesse em investir neste dispositivo como proposta de substituição ao modelo biomédico tradicional, que sozinho não consegue atender toda a complexidade que envolve o processo de saúde dos indivíduos:

A Atenção básica caracteriza-se como porta de entrada preferencial do SUS, formando um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MS, 2013, p. 19).

No Brasil, no ano de 1994, diante dos desafios de consolidar os princípios de universalidade de acesso, integralidade da assistência, descentralização político-administrativa e participação da comunidade, foi proposto pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde da Família (PSF), concebido para atuar como dispositivo organizador e de diálogo com os outros setores que compõem a rede de assistência à saúde. Em 2003, este programa ganha uma amplitude quando se transforma em estratégia de reorientação do modelo assistencial, ultrapassando as limitações de um programa setorial da saúde (Sundfeld, 2010).

A ESF é um modelo de atenção primária focado na unidade familiar que operacionaliza estratégias/ações preventivas, promocionais, de recuperação e reabilitação comprometidas com a integralidade da assistência à saúde, trabalhando junto ao contexto socioeconômico, cultural e epidemiológico da comunidade em que está inserido (Sundfeld, 2010).

As ações de cuidado em saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de base territorial e de atuação transversal com outras políticas específicas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimentos. Essas ações devem ser fundamentadas nos princípios SUS e da Reforma Psiquiátrica. Entre a articulação saúde mental e atenção básica podemos sintetizar alguns princípios fundamentais para as ações: a organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; construção da autonomia possível de usuários e familiares. (MS, 2003)

Possibilitar o primeiro contato das pessoas com o sistema de saúde, incluindo aqueles que demandam um cuidado em saúde mental, é um dos princípios da atenção básica. Neste ponto de atenção, as ações desenvolvidas no território em que se encontra a população possibilitam aos profissionais uma proximidade com a história de vida dos usuários e de seus vínculos com a comunidade. Os cuidados em saúde mental tornam-se estratégicos na atenção básica pela facilidade de acesso das equipes aos usuários e vice-versa (MS, 2013).

Como tática de ampliação das práticas da atenção básica foi proposta a implantação de equipes matriciais que visam também melhorar a articulação entre saúde mental e ESF. Este processo culminou na edição da Portaria n. 154/2008, a partir da qual foram criados os Núcleos de Apoio em Saúde da Família (NASF). O NASF é constituído por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsáveis por apoiar as Equipes da ESF, as Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais) e as equipes do Programa Academia da Saúde². Atua diretamente no apoio matricial e, quando necessário, no cuidado compartilhado junto às equipes da(s) unidade(s) na(s) qual(is) está vinculado, incluindo o suporte ao manejo de situações relacionadas ao sofrimento mental e aos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas (MS, 2011)

Há cinco anos foi publicada a Portaria n. 3.088 de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool e drogas. Essa rede também é dividida em níveis de complexidade com intuito de promover integralidade aos usuários da saúde mental (MS, 2011). Na atenção básica da RAPS encontram-se os seguintes serviços: Unidades Básicas de Saúde (UBS), equipes de atenção básica para populações específicas (consultório na rua e apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório), Centros de Convivência e Cultura e os NASFs (MS, 2011).

Os encontros diretos e no território com os moradores possibilitam para os profissionais da atenção básica o conhecimento mais imediato das demandas de saúde da população. Com este conhecimento, a equipe tem como criar recursos para cuidados coletivos e individuais avaliados como os mais apropriados para os usuários e a comunidade. No campo da saúde mental existem diversas intervenções possíveis na atenção básica como os grupos terapêuticos, os grupos operativos, a abordagem familiar, as redes de apoio social e ou pessoal do indivíduo, os grupos de convivência, os grupos de artesanato ou de geração de renda, dentre outros (MS, 2013).

Na série dos Cadernos de Atenção Básica produzidas pelo Ministério da Saúde, como subsídio para práticas dos profissionais inseridos neste ponto de atenção, edita o Caderno 34, referente aos cuidados em saúde mental na atenção básica, ainda que tardia, essa publicação atesta a relevância da articulação desses dois campos.

²Desde 2011, o Ministério da Saúde vem promovendo a implantação e implementação de polos da Academia da Saúde nos municípios brasileiros. Os polos são espaços físicos dotados de equipamentos, estrutura e profissionais qualificados, com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado e de modos de vida saudáveis da população.

A Saúde Mental e Atenção básica são campos que convergem a um objeto comum e o que está em jogo em ambos é a superação das limitações da visão dualista do homem, a construção de um novo modelo dinâmico, complexo e não reducionista e a orientação para novas formas de práticas em saúde (MS, 2013, p.29).

A relação entre saúde mental e atenção básica configura-se como mais um desafio para avanços no SUS. É preciso instituir um diálogo entre esses campos e que deixem de tratá-los como universos paralelos. A partir do conceito de integralidade entendemos a organização do SUS articulando ações de prevenção e ações curativas, além disso, focalizando a atenção à pessoa como um todo e não somente aos aspectos biomédicos. Compreende-se o processo saúde-doença como constituído a partir dos registros social, político, econômico e também psicológico. Nessa acepção, a integralidade torna-se também uma ética e a saúde mental não pode ser um campo paralelo e sim mais um aspecto a ser reconhecido no processo saúde-doença como um todo (Spink, 2007).

Na proposta de organização do trabalho da ESF alguns pontos se convergem com o modelo que orienta a Reforma Psiquiátrica. O primeiro é que o objeto a ser abordado deixa de ser a doença, abrangendo os fatores socioeconômicos, culturais e políticos como determinantes do processo saúde e doença. Por conseguinte, os meios de trabalho sofrem algumas mudanças, as práticas deixam de ser prioritariamente médicas e passam a considerar o sujeito como protagonista fundamental do tratamento, juntamente com a família e a comunidade. Abordar a situação em sua complexidade requer a participação de diferentes agentes, profissionais e saberes. Portanto, deve-se contar com uma equipe multiprofissional e com ações intersetoriais em permanente diálogo com o saber popular e escuta ampliada para o território. Nessa perspectiva, o trabalho deixa de ser focado na remissão de sintomas e adaptabilidade submissa às normas, e passa para uma lógica da ética do cuidado, que valorize o direito à cidadania e respeite os aspectos subjetivos da existência humana (Jimenez, 2011).

Este resgate histórico/político dos campos saúde mental e atenção básica no cenário nacional revelam alguns elementos que apontam para a construção do problema desta pesquisa: por que estudar a relação saúde mental e atenção básica em municípios de pequeno porte?

De acordo com alguns documentos do MS, a ESF é abordada como uma das propostas estruturantes dos sistemas municipais, com potencial para provocar importantes reordenamentos do modelo de atenção vigente. Este modelo tem como ênfase investir em ações e serviços em saúde ao nível primário.

A ESF assume o papel de reorganizador do modelo de atenção no espaço político-operacional. Nessa proposta complexa a atribuição da Equipe de Saúde da Família seria o conhecimento da realidade, a identificação dos problemas de sua área de abrangência e elaboração de planejamento local. Essa prática segue a lógica da vigilância à saúde³ e a valorização do vínculo com o usuário, família e comunidade. Cabe também à equipe articular as diversas políticas sociais e recursos disponíveis, de maneira que contribua para a identificação de causalidades e da multiplicidade de fatores que incidem na qualidade de vida da população (Jesus, 2013).

Posto isso, é necessário esclarecer as diretrizes do MS para estabelecimento do diálogo entre saúde mental e ESF, entendendo que na busca pelo atendimento integral dos sujeitos e comunidades é fundamental o diálogo entre esses dois setores. A ESF ocupa um lugar expressivo na articulação da rede de saúde mental no processo de superação do modelo asilar. O MS admite e incentiva a conexão entre os setores como importante para o acompanhamento das famílias. Dessa forma, indicadores, em seus cadernos, que não só justificam como trazem à tona a necessidade de atitudes concretas nesse sentido (Jesus, 2013).

A atenção básica deve se responsabilizar por 80% dos problemas de saúde de sua população no âmbito individual e coletivo, através da promoção de saúde, prevenção de agravos, como também do diagnóstico, tratamento e reabilitação, sendo que 95% devem ser resolvidos nessa mesma instância (MS, 2006).

Nesse cenário, uma quantidade expressiva da demanda que chega às UBS apresenta alguma questão relacionada ao sofrimento mental. Sabe-se que as frequentes demandas envolvendo queixas emocionais ou somáticas estão relacionadas a uma gama de fatores, dentre eles, baixo nível socioeconômico, fator reconhecido como de suma importância (Jimenez, 2011).

Outros dados mostram que a realidade das equipes de atenção básica é habitada cotidianamente por problemas de saúde mental. Mais de 50% das equipes de Saúde da

³A Portaria n° 3.252/GM/MS, de 22 de dezembro de 2009, trata das diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios, sistematizando os conceitos que orientam o Sistema Nacional de Vigilância em Saúde no Sistema Único de Saúde. Destaque-se que nesta Portaria a Vigilância em Saúde (VS) insere-se normativamente no Pacto pela Saúde, trazendo reflexões a respeito da participação da VS no planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), colocando-a como parte desse processo e integrando instrumentos e prazos; definindo estratégias de integração com a atenção, em especial com a atenção primária à saúde. Propõe maior presença nos espaços de discussão e negociação regionais de forma articulada com os Colegiados de Gestão Regional – CGR. Endereço eletrônico: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pacto_saude_volume13.pdf

Família referem realizar alguma ação de saúde mental. Portanto, é sempre importante e necessária a articulação entre saúde mental e atenção básica (MS, 2004).

O componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, muitas vezes, atua como entrave à adesão a práticas preventivas ou a um estilo de vida mais saudável. Poderíamos considerar, assim, que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde. A perspectiva de atender o indivíduo em sua integralidade afirma a importância e a necessidade de articulação entre saúde mental e atenção básica (MS, 2004).

Diante dessas constatações a atenção básica, com a ESF, tem como proposta um campo de produção de novos modos de cuidado, que exige dos profissionais atuantes uma aproximação aos processos sociais e culturais do território onde está inserido. Nesta perspectiva, o usuário do serviço assume a posição de coautor do cuidado de si, construindo uma rede de novos espaços de sociabilidade, trocas em que se destaca a produção de saúde como produção de subjetividades. A acessibilidade da atenção básica à participação popular tem como potencial ampliar na equipe a capacidade de escuta e acolhimento, bem como facilitar a organização de grupos de profissionais, usuários e familiares, com a finalidade de debater desafios colocados para a luta antimanicomial (Dalla Vecchia & Martins, 2009).

As inovações na atenção básica são fortemente influenciadas por experiências locais, devido à relativa autonomia dos municípios para a implantação de atividades e programas de saúde pública. Dessa forma, as experiências locais apresentam-se como um espaço privilegiado para análises que se refletem em novos modos de cuidado às pessoas com transtornos mentais na atenção básica. Segundo Dalla Vecchia e Martins (2009), várias ações compõem a questão da atenção à saúde mental na atenção básica, a saber:

desenvolver processos de comunicação que se destinem a ampliar a legibilidade profissional, ou seja, a capacidade de tornar acessível, aos outros profissionais, as especificidades de seu núcleo, socializando saberes e práticas [...]; superar a centralização em ações restritas aos enquadres tradicionais aos quais recorrem os profissionais do campo da saúde mental; manter questionamento permanente em relação ao risco de psiquiatrização do cuidado em saúde mental; superar concepções culpabilizantes do grupo familiar, tais como “família desestruturada”, e investir na formação das equipes de atenção básica para as múltiplas dimensões do cuidado em saúde mental (Dalla Vecchia & Martins, 2009, p. 156).

Contudo, mesmo com toda essa potencialidade de instaurar formas instituintes de cuidado a atenção básica ainda se mostra constantemente despreparada para essa

importante tarefa. Por vários motivos, dentre os quais o desconhecimento da política, a falta de pessoal e a falta de capacitação. A atenção básica acaba não conseguindo desenvolver um atendimento integral dos usuários, e as pessoas em sofrimento mental muitas vezes ficam desassistidas pelas equipes (MS, 2003).

Dentro desse processo emerge a necessidade de estimular ativamente as políticas de expansão da atenção básica, incentivando a avaliação e formulação de diretrizes que incluam a dimensão subjetiva, o contexto social e os problemas mais graves de saúde mental. Assumir esse compromisso é uma forma de responsabilização em relação à produção de saúde, à busca da eficácia das práticas e à promoção da equidade, da integralidade e da cidadania em um sentido mais amplo (MS,2003).

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos princípios da Reforma Psiquiátrica (MS, 2003, p.03).

A interlocução entre os campos saúde mental e atenção básica, cada vez mais, passam a ser pauta das entidades representativas das profissões de saúde. Em 2006, o diretor de Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Luiz Rolim Sampaio, em entrevista ao Conselho Federal de Psicologia, admitiu a importância da interface dos dois campos, saúde mental e a saúde da família, porém, naquele momento, esta se daria apenas através dos serviços substitutivos de saúde mental (CRP 06, 2006).

Somente em 2008, 15 anos após a implantação da ESF, o MS instituiu o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) por meio da portaria nº 154/2008, a partir daí a Psicologia e outras especialidades tornam-se oficialmente profissões reconhecidas na atenção básica (Jimenez, 2011).

Dirigindo-se mais uma vez à integralidade como diretriz, a Portaria prevê pelo menos um profissional de saúde mental em cada núcleo como condição para seu funcionamento, reconhecendo a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais (MS, 2008). Entende-se que há uma diversidade de conhecimentos e ações que podem ser caracterizadas como saúde mental, inclusive pelo caráter inter e transdisciplinar que lhe é intrínseco. A Terapia Ocupacional, Antropologia, Sociologia, Enfermagem, entre outras, podem ser consideradas profissões ligadas à saúde mental, no entanto, como a Portaria não especifica a formação, leva a supor que sejam a Psicologia e/ou a Psiquiatria (Jimenez, 2011). Ao instituir-se o NASF como apoio matricial espera-se que esses profissionais

devam construir, conjuntamente com as equipes, respostas resolutivas para as mais variadas demandas de saúde mental existentes no território.

O objetivo do apoio matricial é construir um arranjo organizacional que visa conceder suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para população. Neste modelo, a equipe de Saúde da Família (eSF) compartilha alguns casos com a equipe matricial. Esse arranjo de trabalho busca produzir corresponsabilização pelos casos. Essas atividades podem se efetivar através discussões de casos, intervenções em conjunto com as famílias e comunidade, entre outras ações de prevenção e promoção de saúde. Esse apoio também instrumentaliza, em tese, a equipe de Saúde da Família para prestar assistência às pessoas com transtornos mentais e seus familiares em seu território (Jesus, 2013).

As equipes de apoio matricial têm a potencialidade de construir diálogos com as equipes de saúde da atenção básica e os serviços de saúde mental. Porém, a composição dessas equipes e seu processo de trabalho podem também reproduzir e reforçar as fragmentações, na medida em que mantém a saúde mental como especialidade, e não como parte da saúde integral que deve ser abordada na atenção básica (Boing & Crepaldi, 2010).

Num processo de trabalho em que os profissionais da equipe de Saúde da Família recorrem ao apoio do especialista em saúde mental apenas em situações pontuais, seja para receber orientação ou para compartilhar um atendimento, sem mais espaços de compartilhamento do processo de trabalho em seu conjunto, o foco do processo de trabalho ainda está na doença, no sintoma, e ainda reforça a concepção da saúde mental como especialidade isolada da saúde integral (Boing & Crepaldi 2010).

Nas diretrizes do MS recomenda-se que o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) seja dispositivo estratégico para a organização da rede de saúde mental. Apesar de estratégico, o CAPS não é o único tipo de serviço de atenção à saúde mental. Como vimos na RAPS são incluídos na rede outros dispositivos, inclusive os próprios serviços da atenção básica. Além disso, tendo por base o critério populacional, não são todos municípios que podem implantar esse serviço, estes podem ser pactuados somente para cidades/territórios com mais de vinte mil habitantes (MS, 2004).

Assim, pode-se concluir que o dispositivo recomendado pelo MS como organizador da rede de atenção em saúde mental não atende as condições prévias para sua implantação na imensa maioria dos municípios brasileiros, considerando que 70% dos municípios brasileiros possuem população abaixo de 20 mil habitantes (IBGE, 2011). Em Minas Gerais, onde se realiza esta pesquisa, esse índice sobe para 79%(Jesus, 2013).

Como o trabalho de matriciamento em saúde mental nas eSFs realizado pelos NASFs encontra-se ainda muito incipiente, essa função ainda é oficialmente atribuída aos CAPS. Dessa forma, o CAPS ainda exerce as funções de porta de entrada, atendimento ambulatorial e de organizador dos serviços de saúde mental. Isso tende a criar um fluxo paralelo na rede de atenção, centralizando a demanda de saúde mental nesse serviço e distanciando a atenção básica das ações de saúde mental, como se a saúde mental pudesse ser separada da saúde integral. Uma das consequências diretas dessa desarticulação entre o campo de saber e as práticas da saúde mental e as ações básicas de saúde é a existência e o aumento de demanda não atendida em saúde mental (Boing, 2010).

A lógica de atendimento regional, buscando viabilidade operacional, com um CAPS que faz a cobertura de uma microrregião de diversos municípios, compromete, por outro lado, as práticas comunitárias pensadas no âmbito do território do usuário e sua família. Os usuários em situações de crise que são atendidos no município-polo ou pela equipe de referência do CAPS nem sempre terão a oportunidade de consolidar os vínculos. O trabalho também fica comprometido pelos empecilhos de elaborar um projeto terapêutico fora do território do município e sem a participação da atenção básica. Nesse sentido, é importante a atenção básica ser efetivamente a porta de entrada, a referência e organizadora da rede de atenção, abarcando as ações de saúde mental em suas práticas cotidianas e se articulando com os serviços de nível secundário, terciário e outros setores (Boing, 2010).

Considera-se, ainda, que por se tratarem de serviços de acolhimento de crises em saúde mental, os CAPS podem vir a cumprir também a função de porta de entrada, ou seja, uma pessoa em situação de emergência pode ser atendida sem contato prévio com a atenção básica. Atendida a crise, esta deve ser contra-referenciada para a equipe de Saúde da Família e para os demais serviços do território que participarão e serão corresponsáveis pelo cuidado (Boing, 2010).

Vale ressaltar, que os documentos do MS preconizam como diretriz do CAPS a territorialidade, que também tem a função de ofertar atendimento ambulatorial de atenção diária de base comunitária. Contudo, é muito rara essa condição nesses serviços, que, na sua maioria, são únicos e, desse modo, referência para todo um município ou até mesmo para diversos outros municípios a que pertencem a regional polo. Essa condição traz dificuldades para a concretização da rede de atenção, pois inviabiliza ações de responsabilidades dos CAPS e dificulta a comunicação dos mesmos com a atenção básica (Boing, 2010).

Isso pressupõe, portanto, que constituída a rede de cuidados em saúde mental e atenção básica dessa forma, pode-se potencializar uma reprodução desarticulada de ações que não atendem os usuários considerando os aspectos sociodemográficos, heterogêneos e dinâmico nos quais estão inseridos. Enquanto se mantiver o foco na doença e a saúde mental vista como uma especialidade separada da saúde integral não se concretizarão as mudanças de modelo almejadas, pois não se abrirão novas possibilidades de atuação (Jesus, 2011).

O trabalho em equipe e a interdisciplinaridade são diretrizes que norteiam os dois campos de políticas que estamos pesquisando, o da saúde mental e o da atenção básica. Entretanto, alguns desafios se evidenciam e precisam ser considerados: um deles é a própria organização da atenção básica, que tende à repetição do modelo biomédico onde se hierarquizam as relações de conhecimento e prática, o que prejudica o diálogo entre profissionais e a efetivação de um atendimento integral. Com a lógica de fragmentação o sofrimento mental ainda não é abarcado pela atenção básica. Outro desafio que podemos ressaltar é se de fato existe o trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial que são diretrizes fundamentais para trabalhar a saúde mental no território (Jesus, 2011).

Em termos da racionalidade das ações de governo, a atenção básica é o *locus* privilegiado de promoção e prevenção, investir em saúde é investir na atenção básica, o que certamente prevenirá gastos excessivos e desnecessários nos demais níveis de atenção, que são de alto custo (Boing & Crepaldi, 2010). A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece para a atenção básica algumas funções que visam contribuir com o funcionamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), e conseqüentemente da RAPS.

Dentre as funções atribuídas pela PNAB a atenção básica é a modalidade de serviço com mais elevado grau de descentralização e capilaridade, portanto, um serviço de base cuja participação no cuidado se faz necessária sempre. A política situa como função deste ponto de atenção a identificação de riscos, necessidades e demandas de saúde. Dessa forma, é preciso utilizar e articular diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada e intervenções sanitariamente efetivas com a finalidade de promover a ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e da comunidade. Outra atribuição da atenção básica é coordenar o cuidado, ou seja, acompanhar e gerir projetos terapêuticos, atuando como centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado junto ao usuário numa relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir gestão compartilhada da atenção integral. Por fim, esse serviço também deve ordenar as redes, reconhecendo as necessidades de saúde da

população sob sua responsabilidade, e de acordo com esse conhecimento articular com outros pontos de atenção e setores, construindo uma programação dos serviços a partir das necessidades de saúde dos usuários (MS, 2012).

A questão que se coloca diante dessa proposta é: a atenção básica praticada no SUS apresenta condições para funcionar como centro de comunicação das redes de atenção à saúde?

De fato, a atenção básica, no seu ciclo atual, caracterizada pelo desenvolvimento e expansão da ESF, tem muitos resultados a comemorar. Contudo, notamos que atenção básica vem se esgotando e perdendo sua condição de articulador da rede. Dentre os fatores que podem ser problematizados é o funcionamento com base em cuidados profissionais exclusivamente por médicos e enfermeiras, destacando a ausência de uma equipe interdisciplinar (Boing, 2010).

Para uma mudança efetiva e a potencialização da atenção básica é necessário instituir um novo ciclo, o que implicará assumi-lo concretamente (na prática), e não só discursivamente (na teoria) como estratégia de organização do SUS. A implantação efetiva das redes de atenção à saúde acontecerá quando houver realmente um choque de qualidade na atenção básica. Isso custará um pouco mais, em esforços e recursos, mas agregará um atendimento mais efetivo à população (Boing, 2010).

A ESF mostra-se como o caminho para a consolidação do SUS. Dessa forma, é necessário um investimento que realmente qualifique as equipes de Saúde da Família, sobretudo em recursos humanos, permitindo a construção do trabalho interdisciplinar.

Neste item tratamos sobre as trajetórias das políticas de saúde mental e de atenção básica. Fizemos um resgate da história de institucionalização dessas políticas. Apontamos os pontos em que elas dialogam e também problematizamos algumas tensões que as distanciam. No próximo item abordaremos a atenção à saúde mental na atenção primária à saúde. Apresentaremos alguns modelos e experiências com diferentes caminhos.

2.2 Saúde mental na atenção primária à saúde: Alguns modelos e experiências

Neste item realizamos uma revisão da literatura sobre modelos de atenção em saúde mental. Neste momento, abordamos brevemente alguns modelos de reformas na atenção em saúde mental que consideramos emblemáticos para a contextualização da pesquisa.

Além disso, apresentamos duas experiências brasileiras de implantação de ações de saúde mental com articulação com a atenção básica. A escolha dessas experiências se deu pelas diferenças nos processos de assistência, dessa forma, permitindo ao leitor fazer um contraste com os diferentes modelos apresentados. Esta apresentação serviu também para melhor contextualizar o serviço pesquisado.

A Reforma Psiquiátrica brasileira converge com os princípios do SUS ao se inspirar no paradigma da Atenção Psicossocial que situa a saúde mental na saúde coletiva. Neste modelo a integralidade, intersetorialidade e territorialidade são eixos norteadores das práticas e do planejamento em saúde (Severo & Dimenstein, 2013). Esta proposta surge como a necessidade de substituição do Modelo Asilar, que passou a ser alvo de severas críticas por ofertar um tratamento considerado desumanizado, fechado em instituições, privando os indivíduos do convívio social.

O modelo Asilar postula seu tratamento em estabelecimentos que servem como depositários, para onde são enviadas pessoas “com problemas mentais”. Assim, após um período de tratamento, os pacientes são devolvidos ao sistema social tal quando considerada “aptas”, e em muitos casos não voltavam a circular na sociedade tornando-se residentes dos manicômios. Nesse sentido, esses estabelecimentos tendem a funcionar como espaços de segregação e exclusão.

Vários movimentos de contestação dos modelos de tratamento da psiquiatria asilar foram surgindo em diversos países após a segunda guerra mundial. Esse cenário se abriu para diferentes projetos de Reformas Psiquiátricas que tinham em comum questionar o papel da instituição asilar e o saber psiquiátrico. Dentre as principais reformas temos: a Psicoterapia Institucional/Comunidades terapêuticas; a Psiquiatria de Setor; a Psiquiatria Preventiva; e a Antipsiquiatria, advinda das experiências de Franco Basaglia (Amarante, 1998).

No texto nos detemos à apresentação de dois modelos: a Psiquiatria Preventiva marcada pelo o movimento norte americano; e o modelo de Atenção Psicossocial brasileiro, que abarca diferentes influências, mas tem como sua principal inspiração as experiências de Basaglia. Marcada pelo lema antimanicomial e pela desinstitucionalização, a Reforma Psiquiátrica brasileira, inspirada na reforma Italiana, tem como ideário o fim dos hospitais psiquiátricos e a construção de uma rede que substitua o aparato manicomial.

Após a segunda guerra, nos EUA, aprofunda-se uma crise aos modelos de psiquiatria. Questionavam-se, nesse contexto, a impotência terapêutica do modelo asilar. O

alto índice de cronicidade dos doentes mentais começou a gerar preocupações no governo americano(Campos, F.C., 2000).

Em 1955 é realizado um levantamento que denuncia as péssimas condições de assistência psiquiátrica americana, apontando para uma urgente mudança. Destacam-se como importantes indicadores para a mudança das práticas em psiquiatria no EUA: o discurso do presidente Kenedy, em 1963; e livro de Gerald Caplan: *Princípios de Psiquiatria Preventiva* (1980). O decreto assinado por Kenedy redireciona os objetivos da psiquiatria, que a partir de então incluiria como objetivo a redução da doença mental nas comunidades (Amarante, 1998).

Inaugura-se assim, nos EUA, a psiquiatria na saúde pública, que se constituía em prevenir o risco da desadaptação social e evitar a enfermidade mental. Com isso, a psiquiatria assumiu uma responsabilidade vital para a “comunidade”,que é mantê-la em equilíbrio entre a agressão e não agressão, a violência e a não-violência, entre os indivíduos adaptados e desadaptados às suas regras do bem-estar social(Campos, F.C., 2000).

Este novo modelo instaurado nos EUA amplia a ofertas de recursos para acompanhar a saúde mental, que se encontra presente agora nas comunidades, e não apenas no hospital. De acordo com Amarante (1998):

A psiquiatria preventiva, na sua versão contemporânea, nasce nos Estados Unidos propondo-se a ser a terceira revolução psiquiátrica (após Pinel e Freud), pelo fato de ser “descoberta” a estratégia de intervir nas causas ou no surgimento das doenças mentais, almejando, assim, não apenas a prevenção das mesmas, mas, e fundamentalmente, a promoção da saúde mental. A psiquiatria preventiva representa a demarcação de um novo território para a psiquiatria, no qual a terapêutica das doenças mentais dá lugar ao novo objeto: a saúde mental(p. 38).

A psiquiatria preventiva preconiza três níveis de prevenção: a prevenção primária, que visa reduzir (e não curar) os transtornos mentais numa comunidade, promovendo a sanidade mental dos grupos sociais; a prevenção secundária, que busca realizar diagnósticos e tratamentos precoces para doença mental; e a prevenção terciária, que se define pela busca da readaptação dos pacientes à vida social (Amarante, 1998).

Os serviços alternativos oferecidos pela reforma preventiva americana surgem em contraposição ao processo de exclusão social, assim, propicia a instauração de serviços alternativos à hospitalização de medidas que reduzam a internação. Desta forma, procuram retirar as exclusividades das decisões médicas, recorrendo a outros profissionais e outras modalidades de assistência não-psiquiátricas. Temos como exemplo dessas práticas os

grupos operativos, reflexivos e de escuta. O atendimento passa a agregar equipes multidisciplinares, como o Serviço Social, a Psicologia e a Terapia Ocupacional (Amarante, 1998).

Como resultado desse processo ocorre nos EUA um aumento relevante da demanda ambulatorial e extra-hospitalar, o que não significou exatamente a transferência dos egressos asilares para os serviços intermediários. O que acontece com os serviços preventivos e aplicação do *screening* é a captação de uma nova clientela para os transtornos mentais. Os pacientes dos hospitais psiquiátricos permanecem internados, uma vez que o modelo asilar é retroalimentado pelo circuito preventivista (Amarante, 1998).

Segundo Amarante (1998), *o preventivismo constitui um projeto de medicalização social, de expansão dos preceitos médico-psiquiátricos para um conjunto de normas e princípios sociais* (p.41). Esse deslocamento é o que faz a passagem da arcaica prevenção, ligada ao modelo asilar, para o preventivismo contemporâneo. Esse processo constitui parte do que é denominado pelo filósofo francês Robert Castel (1933-2013), como *aggiornamento*. Tal artifício implica numa atualização do dispositivo de controle e disciplinamento social. Neste novo território cabe aos saberes psiquiátricos e psicológicos a mediação de constituir um tipo psicossociológico ideal, através de mecanismos de controle e normatização.

Franco Basaglia (1924-1980), psiquiatra e principal ator da Reforma Psiquiátrica Italiana, após ser convidado para conhecer o modelo preventivista norte americano escreve suas considerações num documento intitulado “Carta de Nova York – O doente artificial” (1969). Nessa carta, Basaglia faz as seguintes considerações:

Se o manicômio continua a servir como local de descarga dos doentes transtornados, o resto é uma mistificação. Ou a organização comunitária interna ou externa consegue criar suporte suficiente para os doentes mentais do setor do qual é encarregada, ou o jogo comunitário só serve de *staff*, à sua sobrevivência e aos seus problemas psicológicos. Nesse caso, é a própria instituição manicomial que permite, com sua presença e com sua ação, o surgimento de novas unidades psiquiátricas aparentemente mais abertas e não discriminatórias (Basaglia, 2010, p. 154).

Segundo Amarante (1998), a reforma proposta por Basaglia é fundamentalmente um projeto de desconstrução e de invenção no campo do conhecimento, do técnico e do ideológico. A experiência italiana propiciou uma ruptura com o saber e a prática da psiquiatria, na medida em que atinge seus paradigmas. Essa ruptura se dá tanto em relação à psiquiatria clássica quanto a psiquiatria contemporânea (o dispositivo de saúde mental).

A desinstitucionalização, nessa perspectiva basagliana, não visa apenas a desospitalização dos doentes mentais. Esse processo significa entender a instituição no sentido dinâmico e complexo das práticas e saberes que produzem formas de entender, perceber e de relacionar-se como fenômenos sociais e históricos (Amarante, 1998).

Entendemos que as experiências de reformas psiquiátricas ocorridas no EUA, Itália ou no Brasil encontram-se relacionadas, e ao mesmo tempo, marcadas por suas singularidades. A experiência brasileira, marcada pela noção de desinstitucionalização, tem início na segunda metade dos anos 80. No entanto, as particularidades no processo da Reforma Psiquiátrica brasileira têm suas mudanças definitivamente instituídas com o surgimento dos CAPS e NAPS. Nesse contexto inicia-se o processo implantação do modelo de Atenção Psicossocial no Brasil.

A Atenção Psicossocial brasileira é um modelo de atenção que se baseia na constituição de uma rede, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de diferentes pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento mental (Portaria nº3088/2011). Nesse modelo os estabelecimentos não têm mais a função de tutoria ou depositários e devem promover espaços de interlocução entre os sujeitos participantes, sendo capazes de funcionar de forma articulada entre diferentes dispositivos.

O modelo então proposto, da Atenção Psicossocial, interpela a visão social do louco como um ser alienado e sem razão, e o compreende como sujeito de direitos. Tal perspectiva implica a construção de novas relações entre quem cuida e quem é cuidado, com a proposição de uma concepção de ação terapêutica decorrente da produção de autonomia, liberdade, vínculos e acolhimento (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009, p.314).

A transição do modelo Asilar para o modelo de Atenção psicossocial nas políticas de saúde mental do Brasil visa, no seu planejamento, a construção de uma rede territorializada com diferentes dispositivos, incluindo os recursos comunitários.

Nessa rede os serviços precisam ser de natureza pública, de base municipal e fiscalizada por controle social. De acordo com a portaria n.º 224/1992, os ambulatórios, na esfera da Reforma Psiquiátrica, são regulamentados seguindo as diretrizes do SUS. Essa configuração inclui as unidades básicas/centros de saúde e ambulatórios inseridos ou não em policlínicas. As atividades desenvolvidas nos ambulatórios especializados devem concentrar-se nos atendimentos individuais, atendimento grupal, visitas domiciliares, atividades comunitárias, especialmente na área de referência, sendo função do gestor local definir seu papel na rede de saúde (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009).

A apresentação desses modelos servirá como referências para melhor caracterização das experiências relatadas a seguir.

2.2.1 Natal: a experiência de Ambulatório em Saúde Mental

A escolha da localidade e dos trabalhos para relatar a experiência a seguir ocorreu por apresentar o modelo de ambulatório especializado, o que possibilitou fazer um contraponto na experiência apresentada no próximo subitem, no qual as equipes de saúde mental ficam alocadas dentro dos centros de saúde/unidade básicas.

Na análise da história da evolução de assistência psiquiátrica de Natal- RN observa-se que a implantação de serviços substitutivos ao modelo hospitalar inicia-se no mesmo contexto de mudanças da assistência à Saúde Mental no âmbito nacional.

Em 1987, com o intuito de desenvolver ações no campo da Saúde Mental, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal incorpora o profissional psicólogo no seu quadro funcional. Este fato se revelou como importante para proposta da Reforma Psiquiátrica no município porque foram os psicólogos, juntamente com os enfermeiros e assistentes sociais, os principais agentes que impulsionaram os processos de mudança neste campo (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009).

No início da década de 1990 são inaugurados os três primeiros Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): dois deles atendiam sujeitos com transtornos mentais graves e o terceiro era destinado ao tratamento para os problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas. Em 2009, a rede de Saúde Mental de Natal era composta por dois CAPS II, dois CAPSad II (Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas), um CAPSi (Centro de Atenção Psicossocial infantil), dois ambulatórios especializados (dependência química e transtornos psiquiátricos), uma residência terapêutica e as policlínicas distritais (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009).

A Reforma Psiquiátrica em Natal é marcada por avanços e retrocessos. Apesar da implantação de serviços substitutivos, os números de leitos nos hospitais psiquiátricos ainda eram elevados na época da pesquisa. Em janeiro de 2007, os leitos psiquiátricos do SUS representavam 22,07% do total de leitos por especialidades médicas existentes no município (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009).

No processo de implantação de dispositivos substitutivos em Saúde Mental de Natal verifica-se a existência de serviços ambulatoriais influenciados pela Reforma Psiquiátrica e pelo modelo psicossocial. Contudo, os atuais ambulatórios são questionados

em relação ao lugar que efetivamente ocupam na rede de assistência à Saúde Mental, e se são realmente necessários ou são apenas simulações dos CAPS (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009).

As duas pesquisadas utilizadas para relatar essa experiência realizaram seu trabalho de campo no mesmo ambulatório, o Ambulatório de Saúde Mental, que se localiza no Centro Clínico da Ribeira Dr. José Carlos Passos, fazendo parte de um conjunto de serviços especializados, como o centro de referência ao idoso e outras diversas especialidades médicas. Atende pacientes egressos de internação psiquiátrica e/ou CAPS e também recebe demandas encaminhadas de outros serviços de saúde (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009).

A história do Ambulatório da Ribeira inicia-se juntamente à proposta de reorganizar a atenção em saúde mental no município de Natal, em 1992. O objetivo desse projeto era a criação de uma rede de assistência com a inclusão de diferentes serviços, as Unidades Básicas de Saúde, os CAPS e também os ambulatórios. O ambulatório nessa rede serviria como um *campo de continência intermediária entre os CAPS e a necessidade de internação* (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009. p.315).

A dinâmica de atividades desenvolvidas no ambulatório se organizava da seguinte forma: o *Bom dia* que articula diferentes ações como o acolhimento, informes e conversas sobre temas escolhidos pelos usuários, essa atividade acontecia diariamente; oficinas de artes e artesanatos três vezes por semana; oficina da beleza quinzenalmente; consultas psiquiátricas individuais três dias na semana, com agendamentos prévios e psicoterapias agendadas de acordo com a demanda. Incluía-se também outras atividades como os grupos de dança, passeios, sessões de cinema, e outras, que eram inseridas na programação do serviço de acordo com as demandas dos usuários (Severo & Dimenstein, 2013).

A estrutura física do serviço continha salas: uma para atividades em grupos, uma para oficina de artes e artesanatos, uma para sala de espera e uma cozinha. Ainda havia no centro clínico mais duas salas, uma para o atendimento de consultas psiquiátricas e outra de atendimento farmacêutico, onde eram dispensados os psicotrópicos para os usuários. A equipe era composta por dez profissionais, três psicólogas, uma assistência social, uma filósofa, uma arte-educadora. Havia cadastrados 214 usuários no serviço, e todos iam a consulta psiquiátrica (Severo & Dimenstein, 2013).

O ambulatório de saúde mental foi idealizado para acolher os sujeitos em situação de crise/vulnerabilidade, com intuito de evitar internações recorrentes. As ações realizadas são as consultas psiquiátricas, trabalho com familiares, grupos terapêuticos, oficinas e atividades de reinserção social dos usuários (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009).

A articulação do Ambulatório da Ribeira com os serviços da rede municipal de saúde e outros setores de Natal se mostrava pouco expressiva. As autoras demonstram que devido a esse aspecto há um movimento de encaminhamentos de usuários entre o serviço e o CAPS, criando um circuito psiquiátrico dessa clientela, já que há dificuldades de contra referenciá-los para outros serviços (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009).

De acordo com os resultados das análises de Dimenstein e Severo (2013), a função que o ambulatório exercia na rede de saúde mental era de acolher os usuários que recebiam alta do CAPS II. Essa visão era compartilhada pelos profissionais da rede e pelos gestores. Ainda houve uma tentativa, em 2006, de execução do matriciamento em saúde mental nas UBS, porém as pesquisas têm mostrado que ainda persiste a desarticulação dos serviços substitutivos com a atenção básica. As autoras apontam a fala de um dos trabalhadores que o ambulatório se constituiu como o lugar de “fim de carreira” para os usuários da saúde mental do município, indicando que a proposta de apoio matricial não vinha funcionando.

Mesmo com a fragilidade no trabalho da rede o ambulatório conseguia exercer algumas atividades intersetoriais, tais como a parceria com o Serviço Social da Indústria (SESI), no qual existia um programa de atendimento à comunidade chamado Dia de Humanização, ofertando serviços de higiene e beleza. Havia também, em alguns casos específicos, encaminhamento dos usuários para cursos de capacitação (Severo & Dimenstein, 2013).

A acessibilidade à rede é também apontada como problema no município, os usuários encontram poucas alternativas de serviços que possam acolhê-los e não sabem onde podem receber assistência. A falta de perspectiva de atendimento nos serviços substitutivos leva os usuários a recorrerem ao hospital psiquiátrico e à internação, fato que demonstra a fragilidade da assistência (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009). Essa dificuldade apontada na análise das autoras revela que o ambulatório não é um serviço de porta de entrada, ou seja, sua demanda, na maioria das vezes, é sempre encaminhada.

A dificuldade do acolhimento da demanda de saúde mental não é apenas do ambulatório e sim de toda rede municipal, devido à burocracia do sistema despreparado, dos profissionais e a cultura manicomial ainda muito presente no município (Santos; Oliveira; Yamamoto, 2009).

De acordo com Severo e Dimenstein (2013) o serviço ambulatorial estudado apresenta três principais aspectos em relação ao atendimento da demanda: a procura por psicotrópicos, consultas psiquiátricas e escuta psicológica. Diante desse fato, a maioria dos usuários buscava o serviço para um tratamento estritamente medicamentoso e psiquiátrico.

Perante esses aspectos, as autoras questionam: Porque um serviço de saúde mental que se propunha adotar o modelo da Atenção Psicossocial mantinha esse tipo de estrutura?

Apesar das características prioritárias do ambulatório estarem mais próximas do modelo biomédico, o serviço oferecia outros recursos, como o espaço de convivência para os usuários. A circulação, a construção de amizades, os momentos comemorativos, os passeios e os grupos reflexivos promoviam um vínculo forte dos usuários com o serviço. Muitos usuários deixavam explícito o uso do serviço como espaço de convivência e lazer (Severo & Dimenstein, 2013).

Severo e Dimenstein (2013), em suas considerações sobre ambulatório, concluem que a coexistência de dois paradigmas gerava tensões no cotidiano de trabalho. Essas tensões eram marcadas pela verticalização do saber psiquiátrico, a hegemonia dos especialismo e fragmentação dos processos de trabalho. Ao mesmo tempo as autoras ressaltam a existência de um movimento instituinte ao tentar romper com o paradigma hospitalocêntrico, na tentativa de invenção de novas práticas.

Na experiência apresentada verificamos que a Reforma Psiquiátrica em Natal, ao investir em serviços ambulatoriais em saúde mental, configura em sua Rede de Atenção Psicossocial pouco diálogo com a atenção básica. Este modo de funcionamento da rede reforça um circuito específico para saúde mental, e, conseqüentemente, não responsabiliza as eSFs para esse cuidado.

Averiguamos ainda, que mesmo com a implantação de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico a dinâmica de funcionamento da rede de saúde mental de Natal não contribui para a lógica antimanicomial, mantendo ainda forte a cultura de hospitalização. O trabalho no ambulatório mostra-se isolado, chegando a ser nomeado por profissional como “fim de carreira” para os usuários da saúde mental. Neste sentido, a organização da rede não propicia os momentos de trabalho interdisciplinar, o que dificulta a ampliação nos modos de cuidado em saúde mental.

2.2.2 Belo Horizonte: Um percurso até integração com a Saúde da Família

Ferreira Neto (2011) separa a trajetória da saúde mental em Belo Horizonte em três momentos, os quais ele nomeia: o primeiro, “Implantação”; o segundo, “antimanicomial”; e o terceiro, “apoio matricial”.

De acordo com Ferreira Neto (2011), em 1984 foi implantado, na região metropolitana de Belo Horizonte, o primeiro programa de saúde mental. Nessa ocasião foram distribuídos 12 psicólogos por oito Centros de Saúde. A atuação desses profissionais era voltada para a demanda infantil, para a colaboração nos programas das unidades básicas de saúde, para a participação nos Conselhos de Saúde, e para atuação junto às instituições comunitárias, com priorização do trabalho em grupos. Nesse contexto não são mencionadas atividades relacionadas a pacientes psiquiátricos egressos dos hospitais, eixo fundamental da Reforma Psiquiátrica.

Todavia, Ferreira Neto (2011), assim como Oliveira (2009), relatam que o programa de saúde mental é oficialmente estabelecido em 1985, no documento intitulado como “Programa de Ações da Saúde Mental na Região Metropolitana”, no qual há um levantamento dos recursos humanos de vínculo estadual e municipal na região metropolitana.

Esse documento assinala um total de 23 equipes de saúde mental atuando em 18 Centros de Saúde, e também em 5 serviços de Pronto atendimento e de rede hospitalar, em parceria com algumas prefeituras. Nesse contexto as ações dessas equipes eram consideradas como “atendimento especializado”, ou seja, como referência secundária (Ferreira Neto, 2011).

As equipes eram compostas por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais. Nesta época havia uma preocupação com a qualidade da assistência nos hospitais psiquiátricos públicos. E também as políticas municipais e estaduais começaram a preconizar a ampliação do atendimento na Rede Básica, com intuito de evitar a expansão da rede privada, que detinha a maior parte dos leitos psiquiátricos custeados pelos cofres públicos (Oliveira, 2008). Neste momento, é possível identificar aspectos semelhantes à psiquiatria preventiva.

No domínio do trabalho preconizado encontravam-se seis eixos: atendimento à demanda específica (os doentes mentais); o apoio aos programas dos centros de saúde; apoio técnico em nível primário; articulação com recursos da comunidade; atendimento à demanda infantil; e avaliação periódica do Programa. Ou seja, uma atuação com muitas frentes de trabalho (Ferreira Neto, 2011).

Segundo Oliveira (2008), diante dessa configuração de trabalho as equipes dos Centros de Saúde não conseguiam assumir de maneira efetiva o atendimento à clientela psiquiátrica. Alguns riscos se apresentavam neste contexto, a permanência do circuito de hospitalização e, ao mesmo tempo, um aumento das demandas de crianças com problemas

escolares e mulheres políquelixosas devido às condições precárias de vida, entre outras. Ainda havia uma forte associação entre enfermidade, médico e hospital, reforçado pela precariedade da oferta dos serviços isolados na atenção básica.

Ferreira Neto (2011) vem ressaltar que a não prioridade do atendimento aos egressos sofre algumas mudanças quando essas equipes começam a esboçar um trabalho junto aos hospitais psiquiátricos no sentido de evitar internações. Porém, ainda não eram formuladas estratégias de substituição ao modelo hospitalar e também não se mencionava a luta antimanicomial.

A este momento de implantação Ferreira Neto (2011) aponta algumas características: ações dispersas de profissionais de saúde mental; atendimento aos casos graves ainda no domínio da psiquiatria; e o acúmulo de pacientes egressos não atendidos pelas equipes de Saúde Mental dos Centros de Saúde.

A partir de 1987 mudanças começam ocorrer no programa de saúde mental de Belo Horizonte, marcada pelo Movimento dos Trabalhadores da Saúde Mental (MTSM) e por algumas iniciativas de experiências antimanicomiais, como a de Santos.

No período de 1993-1996 iniciaram-se as construções de serviços substitutivos ao hospital na capital mineira: os Centros de Convivências e os Centros de Atenção Psicossocial (CERSAM), versão mineira dos CAPS. Neste momento a Secretaria Municipal de Saúde tinha como prioridade a assistência aos pacientes graves. Assim, as mudanças nos processos de trabalho tinham como intuito, também, diminuir as agendas dos profissionais que ficavam congestionadas pela inesgotável demanda encaminhada de crianças com dificuldade escolar, pacientes neuróticos e aqueles pertencentes à “clientela cativa” dos Centros de Saúde (Ferreira Neto, 2011).

O primeiro documento que avalia esse período é escrito por técnicos trabalhadores com assessoria do professor Emerson Merhy, se intitulava: “A cidade e a loucura: entrelaces”, o texto assume a função de relatório de gestão no município. Nesse documento é apresentado um projeto marcado fortemente pelo lema antimanicomial, cuja perspectiva é a “extinção do hospital psiquiátrico” e a substituição por outro modelo de atenção (Ferreira Neto, 2011).

No documento encontramos alguns aspectos a serem destacados. O trabalho passa a ser guiado pelo resgate da cidadania dos usuários de saúde mental e na perspectiva da extinção dos hospitais psiquiátricos. Essa operação não consiste apenas em montar dispositivos complementares àquele existente e sim promover a transformação da lógica

assistencial, o que implica numa mudança radical no reordenamento de dispositivos (Lobosque & Abou-Yd 1998).

Lobosque e Abou-Yd (1998), nesse documento, apontam sérias incompatibilidades na vertente do movimento sanitário que, com caráter impositivo, dá ênfase excessiva à chamada organização da demanda, acentuada nos cuidados primários. Para as autoras, a excessiva racionalidade do planejamento e a tendência dominante à organização de programas relegam a demanda espontânea. E ainda, segundo Ferreira Neto (2011), dentro dessa organização os loucos continuariam nos hospícios e os casos menos graves nos Centros de Saúde, como os de crianças ditas problemáticas e os de mulheres poliqueixosas.

A proposta desse novo projeto é de abandonar o modelo americano de psiquiatria preventivista, adotado em 1985, com seus níveis primários (rede básica), secundário (serviço especializados) e terciário (hospitais), já que este ainda legitima a permanência do hospital, colocando-o no topo da pirâmide assistencial. A proposta deste período não é mais considerar os CERSAM como serviços intermediários ou secundários, mas sim compor uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico sem hierarquizar os níveis de atenção (Ferreira Neto, 2011).

O caráter político administrativo desse projeto se torna fundamental para garantir a reorganização da assistência a partir das diretrizes antimanicomiais. A Secretaria de Saúde estabelece uma nova relação com hospitais psiquiátricos. Nesse sentido foram realizadas ações visando efetivar a desconstrução do “aparato manicomial”. Uma das medidas mais importantes para a efetividade dessa mudança foi garantir aos pacientes que recebiam alta do hospital consultas previamente agendadas com as Equipes de Saúde Mental dos Centros de Saúde. Esse fato impediu que os pacientes em alta ficassem sem o acompanhamento ambulatorial e a reincidência de internações após nova crise (Ferreira Neto, 2011).

Em relação ao aspecto ético-técnico verificamos uma forte influência da Psicanálise no movimento antimanicomial de Belo Horizonte. Que se mostrou maleável com a necessidade de ampliar suas práticas para além da clínica no consultório. Dessa forma, a abordagem a um paciente poderia ser feita fora desse *setting*, possibilitando outras saídas (Ferreira Neto, 2011).

O conjunto de ações promovidas a partir desse modelo assistencial possibilitou uma organização de trabalho que tinha como prioridade o atendimento dos pacientes graves nos serviços substitutivos. Mesmo com resistências e embates o programa foi adquirindo um modo de atenção comprometido com a luta antimanicomial. Novos Centros de Convivências, Serviços Residenciais Terapêuticos, Cooperativas e outros equipamentos

foram constituindo e qualificando a assistência em saúde mental, o que resultou como um modelo de referência nacional (Ferreira Neto, 2011).

O terceiro momento da saúde mental em Belo Horizonte, nomeado por Ferreira Neto (2011) como apoio matricial inicia-se nos anos 2000. A implantação do Programa da Saúde da Família (PSF) traz uma nova dinâmica para as Equipes de Saúde Mental do município.

Em 2002 foram formados colegiados, fóruns e oficinas de discussão, incluindo trabalhadores de diversos serviços da saúde, para pensar um processo de trabalho de integração e interface entre Saúde mental e as equipes de Saúde da Família (Oliveira, 2008).

As novas diretrizes de trabalho a partir da institucionalização dos PSFs trouxeram significativas mudanças no funcionamento das Equipes de Saúde Mental. A maior integração das ações no nível da atenção básica apresenta como maior destaque nessa mudança. Com início dessa nova estratégia um documento foi redigido, em 2003, com intuito de estabelecer parâmetros para as relações entre os projetos de saúde mental e o PSF, intitulado “Saúde mental na assistência básica”.

Se no período anterior havia uma demarcação mais sublinhada do que seria o específico da saúde mental, a reorganização sistemática das ações por meio da estratégia saúde da família, em alterado os fluxos e modos de funcionamento de todas as equipes, tendo como eixo organizador a atenção básica. A partir das práticas de apoio matricial, num claro movimento de interação e diálogo (Ferreira Neto, 2011, p. 121).

Nessa configuração as equipes de saúde mental permaneceram lotadas nas UBS, trabalhando junto às eSF. Dessa forma não funcionam como equipes complementares, mas sim, dividindo o cotidiano de trabalho. Cada ESM tornou-se referência para seis a oito eSF, o que em geral ultrapassa o número de equipes presentes em seu centro de saúde (Ferreira Neto, 2011).

Nesse projeto de integração ESM e eSF o trabalho é preconizado com prioridade ao atendimento dos casos de sofrimento mental grave e persistentes e as eSF auxiliam com a responsabilização das necessidades clínicas dessa clientela. A ESM continuaria acolhendo as demandas “mais leves”, mas essas seriam atendidas pelas eSF, com o apoio da ESM (Ferreira Neto, 2011).

Como resultados desses processos de mudanças no modelo de assistência em saúde mental de Belo Horizonte, tiveram o fechamento de 1.600 leitos dos 2.100 existentes,

destinados para pessoas com sofrimento mental. Dessa forma, esses usuários estão sendo cada vez mais absorvidos pela rede substitutiva (Oliveira, 2008).

A organização do fluxo de atendimento da Saúde Mental, no contexto da parceria com a eSF, configura uma linha de cuidados em que todos são convocados, inclusive o usuário, a contribuir com a construção do projeto terapêutico. Verificou-se também uma melhora na circulação dos usuários da saúde mental em diferentes serviços de saúde, permitindo o atendimento integral dessa clientela (Oliveira, 2008).

Entre os aspectos que dificultaram o processo de integração eSF/ESM ressalta-se a mudança do paradigma no modelo assistencial. O deslocamento do modelo curativista, centrado na figura do médico, para o modelo em equipe e a vigilância à saúde tem demonstrado como desafio e aprendizado tanto para as equipes de saúde que são convocadas a assumir uma nova postura diante do paciente, quanto para o usuário, que é convidado a participar dos seus cuidados em saúde (Oliveira, 2008).

Segundo Ferreira Neto (2011) a rede de saúde mental em Belo Horizonte encontra-se consolidada de acordo com o viés antimanicomial. Após uma longa trajetória verifica-se a implantação de diferentes pontos de atenção e a construção de uma rede assistencial coordenada. Para a efetivação de um projeto de saúde mental que incluísse efetivamente diferentes pontos de atenção, especialmente a atenção básica, não foi suficiente a simples lotação de profissionais em unidades básicas. A reversão do fluxo do Hospital Psiquiátrico para uma rede substitutiva exigiu a construção de uma rede assistencial, de fato, resolutiva, que se estabeleceu através de um conjunto de empenhos para sua efetivação.

No percurso das reformas nos modelos de atenção à saúde mental de Belo Horizonte nota-se um envolvimento político forte por partes dos trabalhadores da área. Esse movimento passa a ser marcado pelo lema antimanicomial e mobilizou muitas mudanças nos modos de cuidado.

Atualmente, a cidade apresenta uma rede de saúde mental consolidada, que se articula entre os diferentes pontos de atenção e outros setores. A atenção básica nos últimos anos ganha destaque ao dialogar e contribuir com os cuidados da saúde mental. As equipes de Saúde Mental em Belo Horizonte, desde a sua implantação, estiveram alocadas junto às equipes de saúde das UBS, o que possibilita encontros e trocas com outros profissionais. Na trajetória da capital mineira podemos considerar que a saúde mental obteve avanços e que atualmente realiza um trabalho em conjunto com a atenção básica.

Os relatos das duas experiências demonstram que as práticas dos psicólogos ou de outros atores da saúde estão estritamente ligadas aos modelos de assistência onde esses

profissionais estão inseridos, e conseqüentemente também relacionadas aos processos de mudanças políticas. No próximo item abordaremos a inserção do psicólogo no SUS e as diversas mudanças em sua prática nesse percurso na saúde pública.

2.3 A inserção do psicólogo no SUS: reflexões sobre as práticas na atenção básica à saúde

O curso de Psicologia e atuação do psicólogo no Brasil teve sua regulamentação na década 1960. Através da Lei n. 4.119, de 1962, a Psicologia passou a existir oficialmente como profissão. A formação do psicólogo e seu exercício profissional foram regulamentados pelo Conselho Federal de Educação por meio do Decreto n. 53.464, em 1964 (Dimenstein, 1998).

Entretanto, segundo Spink (2007), a inserção da Psicologia no setor público de saúde, mesmo de forma incipiente, é anterior à regulamentação. A primeira entrada da Psicologia no sistema público remonta ao período higienista, na transição do século XIX para o XX, no âmbito da atenção à saúde materno-infantil. Nesse contexto, a Psicologia foi convidada a atuar com educação em saúde. Outro setor de inserção, na década 1950, ocorre na atenção terciária, com trabalhos pioneiros na área hospitalar (Spink, 2007).

Já enquanto profissão regulamentada no Brasil, a Psicologia operava predominantemente em três áreas: a psicoterapia, em consultórios privados; a organizacional; e a educacional (Ferreira Neto, 2011a). Nesse momento, a Psicologia restringe sua atuação a um campo uniprofissional, descontextualizada do meio social, época em que a profissão contribuiu mais para a manutenção do modelo biomédico em vez de transformá-lo (Dimenstein, 1998).

Em seu contexto de regulamentação, ao se instituir no campo do saber e da prática, as práticas da Psicologia demonstravam-se predominantemente conservadora e só tardiamente veio se direcionar para a construção de um projeto de transformação social da profissão (Yamamoto & Oliveira, 2010).

No histórico da profissão no Brasil encontramos que, em muitos momentos, os conhecimentos e práticas da Psicologia foram utilizados para o controle, a segmentação e a diferenciação, de forma a colaborar para a manutenção do lucro necessário à reprodução da força de trabalho. Somente a partir de uma conjunção de atores, dentre os quais as

entidades representativas dos profissionais, mudanças ocorreram na profissão rumo aos princípios das políticas públicas tornarem-se possíveis (Yamamoto & Oliveira, 2010).

Por isso, ao pesquisar a estruturação da Psicologia no campo da saúde pública, é indispensável investigar não apenas a forma de organização de suas práticas, mas também é preciso analisar o contexto de emergência e consolidação dessas práticas, especialmente no que se refere à sua institucionalização na saúde pública.

O trabalho do psicólogo sofreu transformações de acordo com o desenvolvimento da saúde pública no país. Na década 1970, a participação do psicólogo vinculado aos serviços públicos tinha papel secundário em hospitais e na atenção ambulatorial. O ambulatório caracterizava-se como um serviço de especialidades ligado ao Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) que existia em cada região do país, sendo seus usuários somente trabalhadores celetistas (Spink, 2007).

A Psicologia na atenção básica à saúde tem seu percurso inicial na década de 1980 nos serviços públicos, com as propostas e reivindicações que apontavam para a necessidade de mudanças importantes na abordagem dos problemas de saúde, enfatizando a sua contribuição nas equipes multiprofissionais (Jimenez, 2011).

Nessa mesma década foi reforçada a noção de atenção integral à saúde, resultado de lutas dos profissionais da saúde e também devido à crise financeira do INAMPS. Essa situação permitiu que as universidades públicas e as prefeituras pudessem celebrar convênios com o órgão público federal e começar a prestar serviços de assistência e promoção à saúde para as populações locais. Nesse contexto surgem às equipes mínimas de saúde mental nas UBS, compostas por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais. Foram criados também, em algumas cidades, ambulatórios de saúde mental, estaduais e municipais, bem como unidades de hospital-dia (Spink, 2007).

Nesse mesmo período, acirram-se os debates e críticas entre as entidades de representação da Psicologia sobre os rumos que tomava a profissão, especialmente em um momento de mobilização dos movimentos sociais pela democracia, justiça social e cidadania. A clínica tradicional liberal e individualizante passa a ser alvo de intensa crítica por reforçar o modelo biomédico, tão criticado e combatido pelo movimento sanitário. Todavia, com a entrada dos psicólogos na saúde pública pelo campo da saúde mental, criou-se uma expectativa de que atividade clínica tradicional prevalecesse nesses serviços. As psicoterapias, juntamente com o apoio e a orientação psicológica, foram incentivadas por muitas secretarias estaduais de saúde (Yamamoto & Oliveira, 2010).

Dessa forma, se a Psicologia em sua inserção no SUS traz contribuições para ampliação de saberes neste campo, carrega também, do próprio sistema, influências que marcaram categoricamente o que se espera com referência à formação clínica do psicólogo. Podemos salientar que, de fato, no SUS, os psicólogos aprenderam como trabalhar com pacientes graves em nível ambulatorial, algo que era defasado nas clínicas-escolas universitárias (Ferreira Neto, 2007).

Em contrapartida à atuação, discussões sobre possíveis formas de inserção do psicólogo no setor público mobilizavam grandes preocupações por parte das entidades representativas da profissão. A partir de 1985, fomentam-se discussões e ações para fortalecer a participação da Psicologia na saúde pública. O Conselho Federal de Psicologia (CFP), nesse período, chegou a divulgar uma minuta intitulada “A atuação do psicólogo na promoção de saúde”. Havia uma preocupação dos conselhos e sindicatos em relação à inserção da psicologia no SUS, críticas às modalidades de atendimento, e exigências de ampliação das práticas quando se chega à atenção básica (Yamamoto & Oliveira, 2010).

A regulamentação de profissionais da saúde mental nas UBS passa ser considerada como um avanço tanto para Reforma Psiquiátrica como para a Sanitária. Porém, as atividades dos psicólogos passaram a não se restringir apenas à saúde mental, devido à amplitude de demandas que aparecem no cenário da atenção básica. Queixas escolares, atendimento de grupos específicos como idosos e gestantes, e demanda espontânea de usuários não-cronificados, dentre outras, redimensionam a prática do psicólogo, que agora não é mais direcionada apenas aos transtornos mentais graves (Dimenstein, 1998).

Embora tenham se ampliado as demandas e os contextos de trabalho, a diversificação das atividades exercidas pelos psicólogos ainda se manteve restrita. Verifica-se uma tendência à estruturação de clínica tradicional ou à redução o quanto possível em atividades nesse nível, que, muitas vezes, ficam à parte nas UBS, sem o trabalho em conjunto com os demais profissionais da equipe:

A década de 1990, pós Constituição brasileira, caracterizou-se pela afirmação da saúde como direito de todo cidadão, traduzido na implantação do SUS cujos princípios básicos são a universalização do acesso, a integralidade da atenção e a equidade. Este cenário trouxe alterações no perfil de trabalho exigido do psicólogo. Até então o modelo transmitido na sua formação era o da clínica privada, individual, tendo sido este funcionamento transposto, sem tradução para os serviços de saúde, fazendo apenas repetir o consultório particular (Spink, 2007, p.82).

Nessa nova configuração que é a Saúde da Família como estratégia para aprimorar o atendimento integral no SUS e universalizar o acesso à atenção básica, a Psicologia precisou fazer novas adaptações. Questões surgem nesse novo cenário de trabalho: como

fazer promoção e prevenção em saúde mental? Como cuidar no território onde os problemas e crises acontecem e onde as pessoas moram, trabalham e se divertem? Como ouvir o sujeito na sua integralidade, considerando que este está inserido numa realidade sócio familiar, e não mais dela apartado? Como trabalhar para fora do consultório com sua verdade única?

Apesar da área da saúde se abrir para o trabalho da Psicologia o que se tem observado é que ainda a atuação apresenta um arcabouço teórico e prático insuficiente e inadequado. Um dos primeiros estudos sobre a inserção do psicólogo no contexto da saúde coletiva, em especial, nas UBS, realizado por Jackson e Cavallari (1991), já apontava a necessidade de novas práticas e de mudanças na sua formação (Jimenez, 2011).

Embora a presença dos psicólogos nas UBS fosse relativamente recente, avaliava-se que, de modo geral, a Psicologia desenvolvida nesses espaços não havia conseguido evoluir para um corpo teórico consistente que permitisse o trânsito entre o *setting* terapêutico e as preocupações pautadas pelos movimentos sociais de saúde (Jimenez, 2011).

Na pesquisa coordenada por Spink (2007), ao serem questionados sobre as atividades desenvolvidas na saúde pública, quase a totalidade dos psicólogos afirmaram como a atividade principal o atendimento individual da clínica no consultório. Os dados mostram que mais de 80% das respostas concentram-se no atendimento, seja qual for, diretamente no usuário.

Esses dados demonstram que muitas outras ações que seriam necessárias para a ampliação do trabalho do psicólogo na atenção básica estão menos representadas. Incluem-se neste trabalho ampliado, ações ligadas ao planejamento e gestão do trabalho, aos quais todos os profissionais da saúde pública devem estar envolvidos. Como também o conhecimento das demandas do território, dos recursos políticos e comunitários de que este dispõe e o trabalho conjunto com o gestor para administrar e aperfeiçoar o seu aproveitamento. Ainda de fora ou muito incipientes nos resultados da pesquisa estão as atividades intersetoriais e junto à comunidade, a mobilização das redes sociais de convivência e do trabalho de geração de renda. Tampouco são apontados trabalhos em conjunto com as equipes de Saúde da Família e o apoio matricial (Spink,2007).

Embora surjam nas respostas afirmações como “acolhimento”, “apoio ao PSF”, “viabilização de atendimento extra-consultório/instituição”, “atenção às famílias” e “interligação com assistência social”, essa gama de ações citadas é realizada com baixa frequência (Spink,2007). Diante desse panorama, levantamos alguns questionamentos: a

baixa frequência das ações acima mencionadas é porque não são consideradas práticas clínicas? Ou não são realizadas porque se mantêm, ainda, grandes amarras aos modelos tradicionais?

A inserção do psicólogo na saúde pública irá representar para a Psicologia uma diversificação das possibilidades no mercado de trabalho, em especial quanto à clínica. Essa nova modalidade que articula a prática clínica com a sanitária passa a exigir aos psicólogos ações diferentes daquelas aprendidas em sua formação universitária.

Primeiro uma mudança nos moldes da prática clínica, regulada por sua institucionalização, e uma necessária articulação com ações sanitárias de prevenção e promoção à saúde. Segundo, é que a prática clínica nesse cenário rompe com a “endogamia social” existente no consultório, ou seja, a identidade de classe social entre profissional e seu paciente/cliente. Tal “endogamia” deixava isolados os aspectos socioeconômicos do *setting* de atuação, tidos como centrais na formação de subjetividades, e dessa forma não geravam tensão, verificando-se, também, certa homogeneidade de clientela (Archanjo &Schraiber, 2012).

De certo, o setor público traz uma nova realidade e acrescenta para o trabalho da Psicologia novos desafios, iniciando um processo de desestabilização necessário. O contexto assistencial passou a definir novos modos de atuação profissional em razão da estrutura dos serviços e da organização de suas modalidades de produção de assistência. Nesse quadro o profissional liberal torna-se assalariado, o que significa a perda de certa autonomia sobre sua prática e a mudança na relação com a clientela (Archanjo &Schraiber, 2012).

Ao observar as mudanças históricas do trabalho no sistema público de saúde e sua atual situação levantamos alguns questionamentos: Os psicólogos inseridos no SUS, percebendo suas possibilidades e limites de atuação, estariam operando com o instituído, buscando reiterar as práticas tradicionais da Psicologia, ou procuram, diante do instituinte, sua inserção na atenção básica, criar novas formas de trabalho e atuação profissional? (Archanjo &Schraiber, 2012).

De acordo com as pesquisas apresentadas sobre o campo de atuação do psicólogo no SUS é fato que a clínica tradicional continua sendo a principal referência de trabalho para esses profissionais. Porém, a clínica no sistema de saúde público apresenta vários matizes, com permanências dos fazeres e saberes clássicos e com rupturas provocadas por novas práticas.

A necessidade de novos saberes e novas práticas de atenção mostram-se necessárias, e isso não é assunto novo. Mesmo o modelo atual sendo reconhecido como não suficiente para atender à demanda de serviços psicológicos, crescente nos serviços públicos de saúde – e aqui nem se menciona a eficácia e resolutividade, mas apenas o acesso. Desta forma, reconhecemos que a Psicologia ainda não conseguiu construir uma base de conhecimentos que a permita transitar com tranquilidade e segurança fora do *setting* do consultório (Ferreira Neto, 2007).

Ao persistir no modelo individualista, a atuação do psicólogo relega a um plano secundário às condições materiais de existência daqueles que buscam os serviços psicológicos no SUS. Além disso, o modelo de atenção do SUS, em sua prática, ainda reforça a fragmentação do sujeito e ações quando estabelece procedimentos específicos, detalhados e desvinculados do contexto social da população usuária dos serviços. Muitas estratégias ainda são estabelecidas de forma apriorística e o resultado é a segregação daqueles que mais necessitam (Alvarenga; Carvalho; Costa; Dantas; Oliveira; Silva & Yamamoto, 2004).

Ter a possibilidade de realizar psicoterapia na atenção básica tende a muitos psicólogos do SUS para essa prática que, além de ser mais bem reconhecida, prescinde de trabalho em equipe. Consequentemente desobrigam profissionais de outros campos de um trabalho que, muitas vezes, implica disputa de poder nas diferentes abordagens ao usuário. Ao analisarmos a atuação psicológica em relação às diretrizes do SUS, verificamos que os princípios de universalidade, equidade e integralidade não vêm sendo aplicados à prática do psicólogo. Além disso, frequentemente, casos se prolongam com uma única forma de atendimento – a clínica individual – e uma demanda crescente não é atendida (Alvarenga; et al, 2004).

Outro aspecto que se coloca em análise é a questão ético-política inerente à atuação nas políticas públicas. O mercado atravessa a vida coletiva, processando subjetividades, e não tem como ignorar essa força. É evidente que a Psicologia, nos últimos anos, obteve avanços na compreensão dos aspectos políticos presentes em sua atuação, dessa forma, aumenta-se a capacidade de autocrítica dos profissionais e a produção de novos conhecimentos (Ferreira Neto, 2011). Porém, consideramos que a inserção do psicólogo no SUS e o simples arranjo de uma clínica clássica para o cenário das políticas públicas não garantiu um avanço sociopolítico nas práticas dos psicólogos na saúde pública.

Seguindo Ferreira Neto (2011), é importante a realização de estudos que analisem o quanto existe de simples adaptação para novos mercados (sendo a classe popular o maior

foco das políticas sociais) e também o quanto temos nesse campo o desenvolvimento de atuações inovadoras visando à produção de autonomia dos sujeitos e coletividades.

Para uma atuação ampliada, novos campos de saberes e fazeres precisam entrar em cena na atuação do psicólogo na atenção básica. Sabemos que concepções mais abrangentes nem sempre existiram e que formas emergentes de atuação na saúde surgiram com dada ênfase e valor no contexto social. Apesar do contexto social, paulatinamente, estar sendo incorporado à psicologia clínica, os sentidos dados ao contexto social podem ser variados.

A Psicologia Social da Saúde vem trazendo diversas contribuições na produção de conhecimentos e possibilitando novas práticas. Essa vertente mostra-se implicada com as problemáticas de saúde; busca-se privilegiar a compreensão dos processos coletivos de produção de sentidos e, assim, de pessoas que se posicionam e são posicionadas de diferentes maneiras em suas relações cotidianas, o que inclui a busca do cuidado a saúde. Ainda nessa perspectiva procura-se ir ao encontro de nosso tempo histórico, com as demandas de uma determinada comunidade (indígenas, quilombolas, assentamentos etc.) e de determinados grupos (portadores de doença crônica, gestantes, mães, idosos). Dessa forma, intervenções podem ser planejadas de acordo com a demanda na qual os profissionais estão inseridos (Spink, 2007).

O retrato atual é que o modelo de atenção brasileiro ainda passa por um período de transição, assim como as práticas dos profissionais inseridos no SUS. Nesse contexto ainda predominam restos do antigo modo de organizar a atenção, centrado em hospitais especialistas, com pequeno grau de autonomia por parte dos gestores e trabalhadores na coordenação e no planejamento da assistência.

Somente nos anos 2000, as discussões iniciadas na década de 1980 começam a se refletir na prática dos psicólogos:

Emergem temas como clínica ampliada, acompanhamento terapêutico, apoio matricial, filosofia da diferença, humanização, entre outros, que têm constituído um “modelo” de atuação. Tal é sua importância que o apoio matricial tem sido utilizado não só pelas equipes de saúde mental dos NASF, mas por todos os profissionais nos núcleos como a grande estratégia de trabalho nesse nível de complexidade. Todavia, isso não implica dizer que a psicoterapia foi banida dos espaços institucionais de saúde; ela tem se diluído entre outras ações, mas ainda figura como a principal ferramenta de trabalho do psicólogo (Yamamoto e Oliveira. 2010 p.16).

Para avaliação dos modos de fazer saúde é necessário considerar o alcance do acesso, o tempo de espera, a composição da tecnologia, a resolubilidade, como também os fatores sociais e subjetivos. Portanto, ao observar as mudanças nos modelos de atenção à

saúde, focando na atenção básica, é preciso ter como referência o usuário, seu contexto e suas necessidades. O que irá orientar a oferta e tecnologia a ser usada são essas necessidades, apoiado no trabalho multidisciplinar, potencializando o saber comunitário e caminhando para uma atenção que tem como base a integralidade do sujeito inserido em um determinado território onde se vive, e onde se dão as relações de conflitos (Alvarenga; et al. 2004).

Notamos que no interior das UBS há profissionais de outras áreas reafirmando a necessidade de contratação de mais psicólogos, porém estes não sabem expressar muito bem o que esperam deles, tampouco conhecem ou valorizam outro tipo de ação do psicólogo que não seja a psicoterapia. Isso revela uma crença no potencial do trabalho do psicólogo ainda vinculado à clínica tradicional. Daí mostra-se importante os próprios psicólogos desconstruírem esses parâmetros e, juntamente com os outros profissionais, construir novos modos de cuidado que não se cristalizem em um tipo único de atividade. Ao mesmo tempo é preciso trabalhar a corresponsabilização de toda a equipe de saúde pela saúde mental.

Esses apontamentos não significam afirmar que na saúde pública não há lugar para a clínica ou para a psicoterapia – elas são possíveis e, eventualmente, necessárias. O que não se pode é restringir o trabalho do psicólogo, na atenção básica especialmente aos atendimentos psicoterápicos, correndo-se o risco de fracassar diante das diretrizes dessa atuação no SUS e da cronificação dos usuários ao impor um único modelo de ação. É importante entender que essa diversidade de demandas exige a ampliação do trabalho (Alvarenga, et al., 2004).

Outro ponto a ressaltar é que a população que chega à rede básica tem na raiz dos seus problemas questões sociais que estão diretamente ligadas ao modo de produção capitalista em seus processos de exploração, mistificação e alienação, que muitas vezes impossibilita condições mínimas de sobrevivência, o que dirá de uma vida digna. A Psicologia nesse contexto tem o compromisso de pensar novas formas de ação em saúde pública, que transcendam as fronteiras institucionais, resgatem a cidadania dos usuários e caminhem para um enfoque preventivo (Alvarenga, et al., 2004).

Autores como Spink (2007) apontam alguns caminhos. Um deles é o campo da transdisciplinaridade, entendida como o esforço que articula diferentes competências e especificidades. A proposta transdisciplinar pode constituir um modo distinto que fortaleça os diálogos entre diferentes domínios do saber e do fazer que habitam no campo da Psicologia na Saúde. Este modelo não inclui somente especificidades da área *psi* ou

científicas, mas qualifica o conhecimento popular como importante para o planejamento das ações.

Para que os psicólogos tenham em sua atuação práticas condizentes com o que preconiza o SUS é preciso ir além de uma formação que ensine a trabalhar neste sistema e atuar conforme seus princípios norteadores, incorporando a consciência de que esses são agentes dentro de dispositivos de transformação. Atuar na atenção primária à saúde implica mais do que se apropriar de uma capacidade técnica, é preciso um posicionamento político que lute por verdadeiras transformações sociais.

Para essa atuação política e humanizada é necessário estar atento aos movimentos de constituição, reprodução e invenção. Isso porque trabalhar nesses espaços é lidar com a necessidade do inventivo, de romper com certos clichês e de experimentar ou perceber possibilidades de reversão técnica/política, na tentativa de propiciar construções coletivas. E assim, quem sabe, poder reafirmar o agir criativo e atuar nas políticas públicas com plataformas reivindicatórias e de críticas à realidade brasileira, de maneira a configurar o campo social da saúde como um espaço permanente de reconstrução, no desejo da invenção da vida, da saúde e da cidadania da população (Alvarenga, et al., 2004).

Portanto, tornam-se relevantes estudos que revelem os fenômenos de produção e reprodução dentro dos modelos de cuidado na saúde pública. É a partir desse caminho de investigação, do instituído/instituente na atuação do psicólogo na atenção básica à saúde, que esta pesquisa irá construir um conhecimento tendo por base uma determinada realidade. Pautado nos referenciais da Análise Institucional, os próximos capítulos deste estudo buscarão compreender a atuação do psicólogo na atenção básica em municípios de pequeno porte de uma região específica de Minas Gerais. Através dos conceitos de instituição, analisador, transversalidade e de análise da implicação construídos na perspectiva institucionalista realizaremos uma análise crítica da realidade vivenciada pelos profissionais pesquisados.

3 OS CAMINHOS DA PESQUISA

Na pesquisa propusemos estudar a atuação do psicólogo no Programa de saúde mental Bem Viver, de alguns municípios da região das Vertentes no estado de Minas Gerais. Assim, apresentamos o processo de implantação desse programa, que faz parte do Consórcio Intermunicipal de Saúde da Região das Vertentes (CISVER). Através da interação com os psicólogos atuantes nesse programa, buscamos compreender o funcionamento desse serviço e procuramos identificar os processos instituídos (mais formalizados) e os instituintes (mais inovadores) em suas práticas.

O problema de pesquisa começa a se construir em 2012 – na minha própria experiência como psicólogo do Bem Viver. As vivências como profissional neste serviço, primeiramente, fomentaram alguns questionamentos sobre o que seriam essas práticas de saúde mental em pequenos municípios. Logo, outras questões foram surgindo, e que me levaram a tentar compreender como o Programa Bem Viver se insere na Rede de Atenção Psicossocial, como ele se configura em suas ações e qual a sua localização dentro dos pontos de atenção. Essas questões eram compartilhadas em reuniões mensais com os psicólogos atuantes do mesmo programa em outros municípios.

Para viabilizar a pesquisa foi necessário adotar uma perspectiva teórico-metodológica que levasse em consideração a implicação do pesquisador e que não fosse pautada no paradigma da neutralidade ou imparcialidade como propõe os métodos positivistas, já que a experiência do pesquisador como psicólogo do programa pesquisado é fundamental para construção das informações apresentadas nesta pesquisa.

Para atender aos objetivos deste estudo, utilizamos as ferramentas do método qualitativo em Ciências Sociais. Segundo Minayo (2006), o método qualitativo, através do trabalho de campo, permite uma aproximação com a realidade – sobre a qual se formula uma pergunta – como também estabelece interações com os atores que compõe essa realidade. Procurá-los, através da observação e da escuta é o objetivo do pesquisador.

O pesquisador qualitativista não deseja explicar as ocorrências com as pessoas – individual ou coletivamente – listando e mensurando seus comportamentos ou correlacionando quantitativamente os eventos de suas vidas. Esse tipo de pesquisador pretende conhecer a fundo as vivências dessas pessoas (Turato, 2005).

Além disso, as metodologias da pesquisa qualitativa podem contribuir para a melhoria das condições sociais ao investigar de forma sistêmica a efetividade de programas de intervenção social que foram adaptados ao seu ambiente político organizacional

(Minayo, 2006). Os principais aspectos das abordagens qualitativas compreensivas, sinteticamente, seriam:

... a) seu foco é a experiência vivencial e o reconhecimento de que as realidades humanas são complexas; b) o contato com as pessoas se realiza nos seus próprios contextos sociais; c) a relação entre investigador e os sujeitos investigados enfatiza o encontro intersubjetivo face-a-face e a empatia entre ambos; d) os resultados buscam explicitar a racionalidade dos contextos e a lógica interna dos diversos atores e grupos que estão sendo estudados; f) suas conclusões não são universalizáveis, embora a compreensão de contextos peculiares permita inferências mais abrangentes que a análise das micro realidades e comparações (Minayo, 2006, p. 100).

Como recurso de coleta de dados e instrumento para o trabalho de campo, as técnicas do método qualitativo das pesquisas sociais atendiam as pretensões deste estudo. No entanto, ainda existia uma inquietação em encontrar uma epistemologia para análise dos dados que conseguisse alcançar os atravessamentos diversos (sócio-político-econômico-subjetivos) dessa prática complexa e que também pudesse considerar o caráter interventivo da pesquisa. Tais aspectos foram encontrados nos pressupostos teórico-metodológicos da Análise Institucional, servindo como uma possibilidade potente que atende às referidas pretensões desta análise.

Durante o processo de pesquisa utilizamos alguns conceitos da Análise Institucional de Lourau (2004) e Baremlitt (2012), como *ações instituídas e instituintes*, com a intenção de mostrar os atravessamentos nas práticas cotidianas do serviço pesquisado e também os tipos de resistências existentes nos atores envolvidos. Os *analísadores* nos auxiliaram a desvelar aspectos que permaneciam ocultos ou latentes nos serviços pesquisados. Elucidar a *transversalidade* permitiu compreender os pertencimentos institucionais dos atores pesquisados e como esses vínculos influenciaram em suas formas de atuar. Os dispositivos (agenciamento) como um conjunto de artifícios produtor de inovações que suscita acontecimentos e devires. E, finalmente, as *implicações* afetivas, profissionais e político-ideológicas envolvidas nas relações entre os profissionais e na relação destes com o seu trabalho. Os próximos subtítulos detalharão a Análise Institucional e como seus conceitos contribuíram para análise desta pesquisa.

3.1 Análise Institucional e seus conceitos

A Análise Institucional é um movimento que apresenta uma pluralidade de conceitos e práticas, sem restringir-se a uma escola. Considerando esse leque de tendências institucionalistas do movimento, é possível encontrar, em diversas escolas, algumas características em comum. Dentro do Movimento Instituinte, os ideais máximos ou propósitos mais importantes são compartilhados e fáceis de serem identificados. As principais intenções dessas escolas são: propor, propiciar, apoiar e deflagrar nas comunidades, nos coletivos e conjuntos de pessoas, processos de autoanálise e autogestão (Baremlitt, 2012).

A autoanálise incide em que as comunidades, grupos, coletivos sejam considerados protagonistas de seus problemas, necessidades, interesses, desejos e demandas. Além disso, que possam compreender e adquirir um pensamento e também um vocabulário acerca de sua vida, ou seja, não se trata de alguém externo para dizer-lhes o que podem ou não conseguir. Simultâneo ao processo de autoanálise ocorre o processo de autogestão, que consiste na organização da própria comunidade, grupo ou coletivo para construir dispositivos necessários para produzir mudanças, e também para conseguir recursos para a manutenção e melhoramento de suas vidas (Baremlitt, 2012).

Baremlitt (2012) classifica três principais modalidades de institucionalismo que não são as únicas, mas que têm atingido maior notoriedade: (1) a Sociopsicanálise de Gerard Mendel (1930-2004), que na união da psicanálise com o materialismo dialético se propõe a trabalhar as regressões institucionais do político ao psíquico, buscando assim uma cura coletiva que consente a cada classe a restituição do poder institucional; (2) a Análise Institucional de René Lourau (1933-2000) e Georges Lapassade (1924-2008), concebida também como a Socioanálise, que tem com centro de trabalho os dispositivos analisadores para fazer surgir a força instituinte dentro das instituições, e (3) a Esquizoanálise, de Gilles Deleuze (1924-1995) e Félix Guattari (1930-1992), que, por meios singulares busca a libertação de um processo produtivo-desejante-revolucionário, configurando o que estes autores nomeiam de micropolítica.

A Guattari atribui-se a invenção da Análise Institucional e a Lapassade a criação da Socioanálise. No entanto, René Lourau foi o primeiro a sistematizar o plano teórico-metodológico dessa abordagem. Em sua *Thèse d'Éta*, publicada em 1970, o autor constrói o conceito de instituição que passa ser distintivo para a formação da disciplina. Nessa tese, o conceito de instituição tem um caráter dialético, inspirado no filósofo alemão Georg

Wilhelm Friedrich Hegel (1770-1831), no filósofo, economista e psicanalista francês, Cornelis Castoriadis (1922-1997) e em disciplinas que vão da Filosofia do Direito à Sociologia Positivista, da Antropologia ao marxismo (L'Abbate, 2012).

Apoiado nas teorias de Hegel e Castoriadis, Lourau elabora o conceito de instituição. De Castoriadis, ele utiliza a ideia de que toda instituição é resultado do movimento dialético entre instituído e instituinte; enquanto de Hegel, ele utiliza-se da concepção de um movimento de afirmação/negação e negação da negação (L'Abbate, 2012). A partir desses pressupostos, Lourau discorre que toda instituição passa por três momentos que se articulam:

[...] o momento da universalidade ou o instituído, pelo qual a instituição é reconhecida e nomeada; o momento da particularidade ou o instituinte, que não cessa de negar o momento anterior; e o momento da singularidade, resultado da relação dialética entre os dois momentos anteriores, que é a institucionalização, mediante a qual a instituição é tensionada e se atualiza na ação dos sujeitos que a constituem (L'Abbate, 2012, p. 199).

Além de construir uma maneira de conceber a instituição – dentro da perspectiva da Análise Institucional – René Lourau articula conceitos que posteriormente passam a ser considerados regras e princípios da Socioanálise: a análise da encomenda e da demanda, a autogestão do grupo, a elucidação da transversalidade, a análise das implicações, a explicitação dos analisadores e a restituição (Lourau, 2004). De acordo com a apresentação de Lourau (2004) e a releitura de L'Abbate (2012) podemos entender esses conceitos conforme se explicita a seguir.

A análise de encomenda é o pedido oficial, geralmente do grupo dominante, que deflagra o processo de intervenção, enquanto a análise da demanda significa ouvir os demais participantes para além do grupo dominante, o que corresponde ouvir as solicitações, carecimentos e desejos do grupo com o qual se vai trabalhar, que podem provocar dissensos em relação à encomenda realizada. A autogestão do grupo diz do contrato de determinado grupo com o socioanalista, da maneira de organizar o trabalho, da definição de horários, do número de encontros, etc. (L'Abate, 2012).

A elucidação da transversalidade significa analisar os pertencimentos institucionais com o intuito de diminuir a cegueira institucional. Explicitar os analisadores seria provocar e estimular o conjunto a falar, revelando fatos e situações que surgem no processo de intervenção e que apontam aspectos contraditórios e ocultos no grupo, bem como na organização em que os participantes se inserem. A análise da implicação refere-se às

dimensões de ordem afetiva e técnico-profissional envolvidas nas intervenções e que devem ser analisadas, se possível, coletivamente. E, por fim, a restituição, que diz sobre a devolução ao grupo do que vem acontecendo no processo de intervenção (L'Abbate, 2012).

Nesse quadro conceitual, a noção de implicação merece uma atenção especial dentro da perspectiva institucionalista. O que o conceito de implicação traz de mais importante é o apontamento de que não existem polos estáveis de sujeito-objeto. A pesquisa se faz no meio, no entre, desestabilizando tais polos e respondendo por suas transformações (Romagnoli, 2014).

De forma geral, a implicação está sempre presente, até mesmo inconscientemente, em tudo que fazemos. Nossas implicações afetivas, ideológicas e profissionais estão envolvidas em nossas práticas de pesquisa e/ou intervenção, nas instituições das quais pertencemos ou nos relacionamos, em nosso campo teórico-metodológico e na maneira como participamos da sociedade. Para os socioanalistas, para além de compreendê-las, devemos colocar em análise seus próprios desdobramentos (L'Abbate, 2012).

3.2 Contribuições da Análise Institucional para a pesquisa

A Análise Institucional, especificamente, a Socioanálise, aparece nesta pesquisa na tentativa de viabilizar a investigação do lugar no qual o pesquisador já trabalhou. Juntamente com o meu orientador discuti diversos textos e dois deles mostraram-se importantes para que encontrássemos esse caminho: *Observando o familiar*, de Gilberto Velho e *Implicação e Sobreimplicação*, de René Lourau. Descobri nos pressupostos da Análise Institucional a possibilidade de pesquisar e realizar uma intervenção nesse lugar, considerando os atravessamentos políticos, sociais e ideológicos nas práticas de todos os participantes e incluindo a minha própria experiência.

Com a utilização da Análise Institucional proposta por René Lourau, procuramos construir analisadores em potencial com grupos focais, a fim de proporcionar, juntamente com os participantes, uma reflexão sobre suas práxis: os princípios, as propriedades, os efeitos e os limites. Colocar em prática a utilização de tal ferramenta nos remeteu a um processo de desnaturalização da instituição, nela inclui a análise do sistema de lugares, procurando assinalar o lugar que os profissionais ocupam na relação com seu trabalho.

Os meus questionamentos que foram compartilhados e analisados coletivamente com o grupo-participante demonstram uma intenção maior do que apenas a teorização do campo. A intervenção propõe uma reflexão sobre a relação dos indivíduos com a instituição, ação que diz além da simples explicação, mas sim uma tentativa de redimensionamento do trabalho que realizam.

A pesquisa-intervenção⁴ vem viabilizando a construção de espaços de problematização coletiva junto às práticas de formação, potencializando assim a produção de novos saberes e práticas dentro da área, o que redimensiona a formação dos profissionais da Psicologia, apontando para uma perspectiva sócio-histórico-política e, simultaneamente, construindo novas bases para as ações dos psicólogos nas instituições (Rocha & Aguiar, 2003).

Segundo Rodrigues e Souza (1991) a pesquisa intervenção na perspectiva institucionalista não se trata apenas de uma metodologia com justificativas epistemológicas. É sim um dispositivo de intervenção que se assume como ato político que constitui toda investigação. Desta forma, se distancia dos “neutralismos” e “artificialismos” da proposta metodológica positivista. Com inspiração da clínica e da antropologia se aproxima dos movimentos políticos. *O pesquisador torna-se, nesta perspectiva, um dispositivo que tenta dar voz ao acontecimento político, ao experimento social*(p.41).

O intelectual (neste caso aqui, o pesquisador) na perspectiva socioanalítica não é o analisador, e sim, o analista com a possibilidade de tomar consciência dos efeitos analisadores que desencadeiam sua intervenção; não apenas reconhecendo e legitimando, ou mesmo exaltando a existência de analisadores, mas compreendendo que somente os analisadores o constituem como analista (Lourau, 2004).

A condição de pesquisar organizações das quais o próprio investigador faz parte revela algumas vantagens, mas também dificuldades. O primeiro aspecto deve-se ao fato de que, como membro da instituição, o pesquisador está imerso nos mecanismos de reconhecimento e desconhecimento:

O poder do discurso decorre do fato de ser um dispositivo de estabelecimento de verdades que os agentes consideram, no seu dia-a-dia, naturais. A dimensão do reconhecimento é a percepção da realidade tal como antecipada no discurso. É a aceitação da realidade “montada” pela instituição com seus valores, afetos, sentidos, expectativas, etc. A dimensão do desconhecimento é a não percepção

⁴Mesmo que a presente pesquisa não tenha um desenho de pesquisa-intervenção, no sentido mais lato da expressão, as considerações a seguir são feitas a título de discutir os efeitos desejados ou inerentes à pesquisa orientada pelos pressupostos da Análise Institucional.

de que a realidade é montada prestando-se ao exercício do poder. Como membro, o pesquisador submete-se ao poder de determinação das verdades do discurso da instituição em que está e não tem condições de se dar conta disso. É necessário um afastamento para adotar um estranhamento forçado dessa realidade durante a fase de análises (Velho 1981).

Na perspectiva de construir um novo campo de coerência onde a pesquisa não se separa da intervenção, Lourau (2004) interroga sobre as implicações do profissional/pesquisador. Considerando sua história como intelectual, percebemos que a noção de implicação está o tempo todo sendo construída em seus estudos. Assim, opondo-se ao intelectual neutro-positivista, a Análise Institucional vai nos dizer sobre o pesquisador implicado. Nesse sentido, o pesquisador é concebido como aquele que analisa as implicações de seus pertencimentos e referências institucionais, analisando também qual o lugar que ocupa na divisão social do trabalho dentro da sociedade capitalista, onde é um legitimador por suas práticas.

Por considerar o pesquisador elemento fundamental e instrumento de pesquisa qualitativa – de forma coerente com a postura epistemológica e referencial-teórico escolhido – a análise da minha implicação está presente de maneira transversal no decorrer da apresentação da pesquisa.

Essa estratégia torna-se possível, sobretudo, pela análise das implicações, como explicitado por Lourau (2004), não só do pesquisador/autor do trabalho, como também dos participantes da investigação que não posicionados como objetos, mas sim, sujeitos de todo o processo. Para realização deste trabalho foi preciso questionar sempre acerca dos instituídos cristalizados nos campos de investigação/intervenção, pois não há possibilidade de fazer uma análise neutra e apolítica de qualquer instituição.

Nesse sentido, a Análise Institucional defende a importância da implicação que rompe com a ciência instituída fundamentada no paradigma moderno. É necessário frisar que a implicação, dentro dessa perspectiva, não diz respeito a comprometimento, motivação ou relação pessoal com o campo de pesquisa/intervenção. Explorar a implicação é falar das instituições que nos atravessam (Romagnoli, 2014).

Lourau (2004) explicita que:

A implicação deseja pôr fim às ilusões e imposturas de “neutralidade” analítica, herdadas da psicanálise e, de modo mais geral de um cientificismo ultrapassado, esquecido de que, para o “novo espírito científico”, o observador já está implicado no campo da observação, de que sua intervenção modifica o objeto de estudo, transforma-o. Mesmo quando o esquece, o analista é sempre, pelo simples fato de sua presença, um elemento do campo(p. 82-83).

Analisar a implicação significa analisar mais o modo de implicação – sempre existente – do que sua existência ou quantidade, visto que não pode ser medida (Penido, 2012). Assim, a análise da implicação nos serviu como um dos fios condutores para esta pesquisa por possibilitar investigar a maneira como os psicólogos se relacionam com as instituições de pertencimento. Ao analisar essa relação espera-se elucidar interferências diversas presentes no processo de institucionalização da prática do psicólogo dentro do programa Bem Viver.

Dessa maneira, ao tomar a análise de implicações como um dispositivo para problematizar as práticas de qualquer profissional está querendo afirmar o caráter político de toda e qualquer intervenção. Ao colocarmos em xeque os lugares instituídos de saber/poder que ocupamos em muitos momentos de forma natural e histórica, estamos afirmando nossa implicação política, dentre tantas outras implicações que nos atravessam (Jesus, 2011).

Segundo Rodrigues e Souza (1991), a ideia de implicação deriva da transversalidade. Os indivíduos, grupos e organizações se integram entre si e com as instituições que analisamos e todo sistema institucional. Assim, rompe-se com a ilusão de totalidade fechada. Essa talvez seja uma maneira de compreender o enigma da afirmação de que “somos todos atravessados pelas instituições”. Dessa forma podemos pensar também o “coeficiente de transversalidade” obtido em nossas intervenções e análises.

A utilização da Análise Institucional tem por finalidade compreender a realidade social a partir das ações e discursos dos sujeitos. O método consiste num conjunto articulado de conceitos, dentre os quais os mais relevantes são os de *instituição*, *dispositivo*, *transversalidade*, *analisador* e *implicação*. Este modo de pesquisa denomina-se também intervenção quando a direção de um grupo ou organização, devido à existência de questionamentos e dificuldades, encomenda a um analista uma atuação. Costuma-se falar, então, em socioanálise (L'abbate, 2004).

No caso desta pesquisa, a encomenda parte do próprio pesquisador, que atuou como psicólogo do Programa Bem Viver de junho de 2012 a dezembro de 2014. A partir dos questionamentos e dificuldades compartilhados com grupo de psicólogos que trabalham no mesmo programa, por meio de reuniões mensais. Recorrendo a esse espaço de reuniões, decidi utilizar como ferramenta para construção de dados para esta pesquisa a técnica dos grupos focais, constituindo aqui como analisadores construídos.

Consideramos que a construção de um espaço para reflexão com os grupos é não abrir mão da análise dos efeitos desse dispositivo enquanto intervenção, já que, neste

momento, há um deslocamento dos discursos, que deixam de ser simplesmente técnicos e passam a trazer outros elementos políticos, ideológicos e afetivos para a discussão.

Para os pressupostos institucionalistas, toda pesquisa que implica uma intervenção é particularmente válida quando apresenta uma intencionalidade de mudança. Nas abordagens micropolíticas, onde se procura colocar em análise as práticas do cotidiano, concordamos com Jesus (2011) que, ao interrogar os diversos sentidos cristalizados nas instituições, buscou revelar os interesses e poderes encontrados no campo de investigação.

O método institucionalista é concebido como uma forma de intervir que possibilita desmanchar territórios construídos e convocar as instituições para um deslocamento. Também no campo de pesquisa tivemos a intenção de aumentar o coeficiente da transversalidade, o que implicaria potencializar espaços de diálogo e discussão entre os atores envolvidos no cotidiano pesquisado. Dessa forma, mesmo como efeito secundário, o caráter de intervenção não pode ser desprezado.

Com o propósito de uma melhor compreensão de determinada realidade social e organizacional a partir dos discursos e práticas dos seus sujeitos, utilizamos do método qualitativo em pesquisas sociais articulado com o conjunto de conceitos da Análise Institucional citados acima. Em síntese, consideramos que coube a esta pesquisa facilitar, identificar e examinar alguns analisadores no processo de trabalho dos psicólogos no Programa Bem Viver a fim de esclarecer a relação Saúde Mental e Atenção Básica num contexto de municípios de pequeno porte. Inspirado na ideia de que a atenção básica à saúde pode consistir um dispositivo de organização de estratégias de assistência em saúde mental, pretende-se contribuir para sistematização do conhecimento sobre o campo e no avanço das práticas no cotidiano dos serviços.

3.3 O local da pesquisa

O campo de investigação desta pesquisa é a atuação dos psicólogos no Programa Bem Viver, que está vinculado ao Consórcio Intermunicipal de Saúde das Vertentes (CISVER). Trata-se de um serviço que visa prestar assistência em saúde mental a nível municipal. Além de exercer as atividades preconizadas pela atenção básica como promoção e prevenção em saúde, oferta atendimentos ambulatoriais em Psiquiatria e Neurologia com periodicidade mensal. O programa funciona com a coordenação de um

psicólogo que executa diversas atividades de assistência e gestão, diariamente. Além disso, o serviço oferta trabalhos com o Terapeuta Ocupacional, em oficinas de grupo, quinzenalmente.

Resumidamente, o Programa Bem Viver apresenta esse formato híbrido que transita entre a Atenção Básica e o Serviço Especializado Ambulatorial. A escolha do programa como analisador das práticas de saúde mental na atenção primária de municípios de pequeno porte se dá, além desse, por diversos outros motivos.

O primeiro, e fundamental, é que o problema da pesquisa surge durante a atuação do pesquisador como psicólogo desse serviço, no município de São Tiago/MG. Com a intenção de entender a lógica em que estava inserido profissionalmente e como esse programa se integrava na rede de assistência em saúde mental, o pesquisador/profissional decidiu investigar suas hipóteses através de uma pesquisa. O fato de compartilhar alguns questionamentos com outros psicólogos que atuam no mesmo programa em municípios diferentes, acabou fomentando a ideia de investigar, com mais profundidade, como o Programa Bem Viver instaura uma maneira específica de cuidado em saúde mental na atenção básica, bem como quais são os tensionamentos envolvidos nessa institucionalização.

Elegemos este programa como um potencial dispositivo analisador da relação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica em municípios pequenos porque ele é um serviço que apresenta um formato inovador, não instituído na RAPS. Outro aspecto importante é que o Bem Viver se institucionaliza na tentativa de melhorar a assistência em saúde mental na atenção básica, que se mostrava frágil e insuficiente antes da implantação do programa nos municípios pesquisados.

O programa Bem Viver surge em um cenário específico que abrange algumas cidades da macrorregião do Campo das Vertentes no interior do estado de Minas Gerais. A maioria dos municípios que possuem o programa compõe a microrregião de São João del-Rei. A microrregião de São João del-Rei se destaca pela origem histórica da maioria dos seus municípios, a qual está relacionada à descoberta do ouro no século XVIII. A mineração e agricultura foram importantes atividades econômicas nesse início da povoação. Atualmente, as atividades econômicas principais são a agricultura, o comércio, a produção semi-industrial de gêneros alimentícios e produtos artesanais, e também o turismo.

No ano, 2002 quando é implantado o programa Bem Viver, dos 19 municípios da microrregião de São João del-Rei poucos continham sequer um profissional de saúde

mental na atenção básica. Segundo a idealizadora do programa⁵, cinco municípios tinham psicólogos nas USBs. A situação do acompanhamento da saúde mental em nível municipal quase não existia nesse momento na maioria das cidades.

Como referência regional de serviço de saúde mental, nesse contexto, os municípios da microrregião contavam apenas com um Núcleo de Saúde Mental no município de São João del-Rei, que se mostrava insuficiente para fazer um acompanhamento regular dos casos mais graves de toda região. Importante ressaltar que na microrregião ainda não possuía nenhum CAPS. O primeiro Centro de Atenção Psicossocial veio a ser implantado somente em 2004, também em São João del-Rei, passando a ser a referência de serviço de alta complexidade em saúde mental da regional.

De acordo com a psicóloga idealizadora entrevistada, a falta de dispositivos para atender a saúde mental acarretava um índice considerável de crises e, conseqüentemente, internações psiquiátricas. Devido a essa desassistência em saúde mental as psicólogas de cinco municípios da região começaram a discutir sobre esse problema, que era levado constantemente aos gestores da saúde. Nessa ocasião, já existia um consórcio intermunicipal de saúde em funcionamento desde 1996 na região, o CISVER, e que prestava diversos serviços em saúde. Nas reuniões entre gestores desse consórcio repetidamente a saúde mental era citada como problema.

Diante desse quadro, as cinco psicólogas então decidiram escrever um projeto que pudesse prestar melhor atenção em saúde mental para os municípios da região e apresentar para o consórcio de saúde CISVER. Seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica que preconiza a lógica da atenção psicossocial de base territorial pensaram, primeiramente, Centro de Atenção Psicossocial, pelo consórcio com atendimentos aos usuários centralizados no município de Tiradentes-MG. Mas essa proposta não foi aceita pelo município, o que inviabilizou essa possibilidade. Adequando o projeto as psicólogas pensaram num programa de saúde mental. Importante frisar que a ideia de um Centro de Atenção Psicossocial a ser implantado pela iniciativa do CISVER ainda é recorrente nas discussões entre os grupos de psicólogos.

O projeto de implantação do programa Bem Viver apresenta em sua introdução princípios que vão de acordo com as propostas previstas pelas leis e portarias que regulamentam os serviços substitutivos em saúde mental, especialmente a lei 10.216/2001.

⁵ Foi realizada uma entrevista semiestruturada com a psicóloga responsável e uma das idealizadoras do Programa Bem Viver com a intenção de entender o contexto de sua implantação e os fatores que a motivaram a pensar nesse projeto.

A justificativa do projeto traz como inspirações experiências de outros países, como a dos EUA, com a proposta de dispositivos configurados em centros de saúde mental na comunidade (Projeto de Implantação Bem Viver, 2001).

A estrutura física do serviço Bem Viver, na maioria dos municípios onde ele está implantado, fica separada das Unidades Básicas de Saúde (UBS), funcionando em uma casa própria para o programa, com organização análoga à de um Centro de Convivência e Cultura (CCC). Na Portaria n. 3.088, de 2011, que institui a RAPS, os CCC são serviços que compõem a atenção básica de saúde. Nas unidades de CCC, são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade (MS, 2011).

Sendo assim, como o funcionamento do Bem Viver assemelha-se ao funcionamento das unidades de CCC, consideramos não sem ressalvas, a hipótese de que este também pode ser considerado um serviço de atenção básica. Entendemos que o funcionamento do Bem Viver constitui-se em uma forma específica de atendimento à saúde mental nos municípios pesquisados. A ressalva está no fato de que, por configurar-se como um serviço não preconizado na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e por prestar atendimento ambulatorial, não fica clara a sua posição dentro da RAPS.

O Programa Bem Viver está há 13 anos em funcionamento e, atualmente, presente em 15 municípios dentre os 19 que compõem a microrregião de saúde de São João del-Rei. Os municípios que contam com o Programa Bem Viver são: Barroso, Conceição da Barra de Minas, Coronel Xavier Chaves, Dolores do Campo, Ibituruna, Lagoa Dourada, Madre de Deus de Minas, Nazareno, Piedade do Rio Grande, Prados, Resende Costa, Ritópolis, Santa Cruz de Minas, São Tiago e Tiradentes. A composição concorda com a ideia de que a maioria dos municípios da Regional São João del-Rei aderiram ao programa Bem Viver como alternativa de melhoria no atendimento à saúde mental.

Devido a essa característica híbrida e do lugar ainda indefinido na RAPS o programa Bem Viver torna-se o analisador dessa pesquisa. Sendo assim, algumas questões já podem ser levantadas: em que medida o programa é coerente com as diretrizes da atenção básica preconizadas pelo SUS? O que há de reprodução de um modelo biomédico ambulatorial? Qual é a sua força instituinte?

Os questionamentos relacionados ao programa Bem Viver demonstram certa tensão entre a Atenção Básica e a Saúde Mental que entendemos ser vivenciada de uma maneira mais aguda em municípios de pequeno porte. Por isso, buscamos investigar quais eram os atravessamentos e as forças instituídas/instituintes que formatavam a relação entre esses

dois campos – Saúde Mental e Atenção Básica – para, assim, chegarmos à conclusão que ao analisar uma realidade específica podemos encontrar pontos onde essas duas políticas dialogam ou se confrontam, revelando tensões.

Por ser o Programa Bem Viver nosso campo de pesquisa, o trabalho exploratório foi realizado em etapas determinadas. Primeiramente, a partir da própria experiência do pesquisador como psicólogo atuante no programa. Além desse relato, foram realizados, no espaço de reunião do CISVER, dois grupos focais com 13 psicólogos que atuam no Bem Viver de diferentes municípios, em que cada um trazia a experiência singular de sua realidade. É importante destacar que neste espaço já ocorriam reuniões mensais desses mesmos profissionais que discutiam o planejamento de ações, as dificuldades vivenciadas pelos serviços, o compartilhamento de ações inovadoras, bem como a programação de ações em conjunto entre os municípios que possuem o programa.

A entrada do pesquisador no CISVER para a realização dos grupos focais não teve nenhum obstáculo. O projeto foi apresentado à coordenadora geral do Programa Bem Viver no Consórcio e para todos os psicólogos presentes na reunião do mês de agosto de 2015, com o consentimento de todos para a sua realização. O tempo de atuação no serviço fez com que o pesquisador/profissional estabelecesse um vínculo bem consolidado com os colegas e com a instituição que facilitou o trabalho de campo.

3.4 Os participantes da pesquisa

Os sujeitos participantes da pesquisa são os psicólogos que atuaram no Programa Bem Viver, no período em que foi realizado o trabalho de campo – entre setembro e outubro de 2015. Naquele momento, havia 23 psicólogos atuantes no programa, distribuídos entre os 15 municípios onde os serviços estão implantados. É importante ressaltar que todos os psicólogos têm seu vínculo empregatício com as prefeituras diretamente e não com o CISVER. Algumas cidades possuíam mais de um psicólogo no serviço, já em outras havia apenas um psicólogo atuante.

A seleção dos participantes cumpria o único critério de serem psicólogos atuantes no Programa Bem Viver. No momento da realização dos grupos focais, o pesquisador já não atuava mais no programa. A saída deu-se por motivo de exigência de exclusividade ao mestrado, já que o pesquisador tornou-se bolsista após um ano de ingresso. Sendo assim,

na realização dos grupos focais o pesquisador exerceu o papel de mediador e não de participante ativo, onde emitiria opiniões. Entretanto, sua experiência de envolvimento com o campo certamente influenciou a condução dos grupos focais.

Todos os psicólogos atuantes no Programa Bem Viver foram convidados pelo pesquisador a participarem – seja pessoalmente ou via e-mail. Do total de 23 convidados, 13 participaram. Os participantes foram aqueles que, geralmente, participavam das reuniões mensais no CISVER já mencionada acima, já que estes poderiam ceder um tempo dessas reuniões para a realização dos grupos focais.

Montamos um questionário para levantar o perfil sócio demográfico desses psicólogos e com algumas informações sobre sua atuação e vínculo empregatício que será apresentado na seção de resultados desta pesquisa.

3.5 Técnicas para coleta de informações

A pesquisa recorreu aos instrumentos da pesquisa qualitativa em ciências sociais para construir as informações sobre o campo. Como técnicas, utilizamos questionários, grupos focais e o relato de apresentação do pesquisador como profissional do serviço pesquisado. Além desses recursos, entrevistamos a psicóloga idealizadora do programa Bem Viver e tivemos como documento para análise o projeto de implantação do programa.

O questionário, que está incluído como Anexo I na pesquisa, foi utilizado para a caracterização do grupo pesquisado e também para levantar alguns indicadores sobre a prática dos psicólogos pesquisados. Os questionários continham perguntas sobre o perfil sociodemográfico dos participantes, idade, sexo e também questões sobre suas formações e atuações.

Os formulários foram entregues no momento da realização dos grupos focais para serem preenchidos antes das discussões. A importância desse instrumento para a análise é que nele já era possível capturar alguns indicadores que esclareciam um pouco a respeito dos lugares instituídos, características da formação e tempo de atuação – fatores estes que poderiam ser significativos para compreender o modo de atuar dos participantes.

Com a técnica dos grupos focais buscamos construir analisadores através de questões referentes ao trabalho que os psicólogos realizam no programa Bem Viver. Nesse sentido, os grupos focais puderam produzir um nível de reflexão que outras técnicas talvez

não conseguissem alcançar, revelando – na interação com e entre o grupo – a construção de informações em conjunto. Na discussão, em que ocorreram consensos e dissensos, possibilitou-se também aos participantes um deslocamento de sua opinião particular que os fizeram refletir e se posicionar diante do grupo.

Com o grupo focal, a capacidade de intensificar o acesso às informações acerca de um fenômeno foi potencializada, seja pela possibilidade de gerar novas concepções ou pela análise e problematização de uma ideia em profundidade (Backes, Colomé, Erdmann&Lunardi, 2011).

Ao recorrermos ao grupo focal é possível ressaltar determinados aspectos relativos à intersubjetividade dos participantes: as posições dos sujeitos sociais assumidas pelos participantes, o envolvimento dos informantes com a construção dessas informações, a criação de “espaço de sentido” constituído a partir da percepção dos participantes sobre os propósitos da pesquisa e as intenções dos pesquisadores (Gui, 2003).

Ao serem sustentados teoricamente na Análise Institucional, os grupos focais consistiram-se também em um analisador construído, ao serem introduzidos num contexto singular, restituindo ao coletivo a capacidade de análise e intervenção sobre sua própria realidade. Dessa forma, a própria prática de pesquisa é considerada em si uma prática de intervenção institucional que coloca em ação *a relação mantida pelos indivíduos com a instituição* (Lourau, 1995, p. 143).

A função do mediador nos grupos focais, no caso o próprio pesquisador, foi a de provocar situações tensionadas, encorajar os participantes a se manifestarem, construir relações com os informes para aprofundar reflexões sobre o tema, buscar “as deixas” e procurar construir sentidos coletivamente. A proposta foi convidar os profissionais a saírem de seus silêncios, criando ruídos e, ao mesmo tempo, percebendo suas estratégias para manterem-se “formalmente” no cumprimento de suas tarefas profissionais.

Na apresentação do projeto, todos os presentes mostraram-se disponíveis e interessados em participar da pesquisa. Os grupos focais desta pesquisa foram realizados nas datas 02/09/2015 e 03/10/2015, com grupos diferentes de psicólogos. Os psicólogos cederam duas horas de cada reunião realizada mensalmente no espaço do CISVER, em São João del-Rei, o que facilitou o recrutamento dos participantes. Os grupos eram compostos por uma heterogeneidade em relação e idade, sexo e município de atuação, e era homogêneo nos quesitos formação e local de trabalho: todos eram psicólogos do programa Bem Viver.

Na condução dos grupos focais, seguimos um roteiro com questões de acordo com o propósito a ser investigado, que está no Anexo II da pesquisa. Evidentemente, esse roteiro não se manteve enrijecido, no sentido de apenas responder as questões. Como já era previsto na técnica, as discussões possibilitaram desdobramentos para outras questões correlacionadas, que ampliaram o campo de análise.

É de suma importância destacar que na condução dos grupos focais, o pesquisador contou com a participação de uma monitora graduanda em Psicologia que já detinha experiências com a execução de grupos focais. A participação da monitora foi fundamental para a organização do espaço e para a facilitação na condução do grupo. A monitora exerceu o papel de observadora no processo com os grupos, anotando as reações e impressões. E também participou em alguns encontros de orientação, no momento da análise, retomando suas observações. Todas essas informações foram consideradas na análise.

Procuramos, através dos grupos focais, discutir com os psicólogos a compreensão de suas práticas no Programa Bem Viver, a relação de suas atividades com as diretrizes institucionais, a lida com as diversas demandas; o questionamento sobre os seus suportes técnicos e teóricos, e o que eles consideram como práticas inovadoras. Essa estratégia foi uma forma instigante de trazer à tona as dimensões do pertencimento institucional, o instituinte/instituído, os processos de autogestão, além das implicações afetivas e políticas presentes neste trabalho.

Como recurso para explicitar o contexto de implantação do programa Bem Viver, fizemos uma entrevista semiestruturada com a psicóloga idealizadora do projeto, esta ferramenta nos serviu como complementar para apresentar o local de pesquisa e sua história, a entrevista está no Anexo da pesquisa. Estabelecemos uma conversa onde foi possível compreender o que motivou a implantação do programa, o que esses profissionais vivenciavam nesse contexto e o que existia de dispositivos na rede para assistência aos usuários da saúde mental. Com essa entrevista e o acesso ao projeto de implantação foi possível esclarecer também como foi a tramitação junto ao CISVER e as decisões tomadas para que o programa pudesse ser implantado.

Por fim, a apresentação da experiência do pesquisador no Programa Bem Viver, no capítulo introdutório, numa espécie de diário retroativo, possibilita ao leitor aproximar-se da vivência na construção do problema de pesquisa, trazendo para o texto as motivações, os questionamentos e o desejo do pesquisador em esclarecer-se a respeito do seu próprio trabalho. O relato também pode ser considerado a análise de implicação do pesquisador,

que buscou analisar os conflitos, as dificuldades e os lugares pelos quais transitou nesse percurso simultâneo de pesquisador e trabalhador da saúde.

3.6 O processo de análise das informações

No processo de análise seguimos a perspectiva da Análise Institucional na qual, de acordo Lourau (2004), todas as situações de análises estão baseadas no manejo dos analisadores construídos e artificiais, atualizados com o objetivo de fazer emergir um material analisável.

Nesse sentido buscamos apresentar a seguir os analisadores que emergiram no processo de pesquisa- intervenção. Com base no material construído nos grupos focais e nas respostas dos questionários oferecemos uma leitura sobre atuação do psicólogo no programa Bem Viver, à luz do referencial da Análise Institucional de René Lourau e da literatura pertinente ao tema.

Com os dados produzidos nos questionários mostramos o perfil sociodemográfico dos participantes e apresentamos alguns indicadores sobre suas formações e práticas. Esses aspectos já nos apontam alguns elementos sobre a análise das práticas pesquisadas. O tempo de atuação e formação, e também as principais práticas e demandas são abordadas pelas questões. Acreditamos que esse quadro nos aproxima das falas, auxiliando identificar os pertencimentos institucionais, as ações mais instituídas e também os processos instituintes.

Durante todo processo de análise procuramos identificar o que os analisadores trazem à tona sobre tensões e os diálogos entre Atenção Básica e Saúde Mental. Através do debate entre os psicólogos que atuam no Programa Bem Viver problematizamos, levantamos questões e apontamos algumas considerações sobre a assistência em saúde mental na atenção básica dos municípios pesquisados. Portanto, a análise por completa pretendeu elucidar a relação SM e AB em municípios de pequeno porte, e que esse local pode nos remeter as próprias lacunas e aproximações desses dois campos no âmbito das políticas e das práticas em cenário nacional.

3.6.1 Aspectos éticos

A pesquisa não envolveu nenhum risco previsível aos participantes e/ou prejuízo na posição/condição destes no Programa Bem Viver. Todos os atores cujas informações foram coletadas, através de entrevista ou grupo focal, tiveram sua identidade preservada e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, este documento encontra-se incluído no Anexo IV da pesquisa.

Para garantir o anonimato, os participantes foram citados através de números (devidamente autorizado pelos próprios participantes). Previamente ao registro gravado dos grupos focais, foi obtida aprovação unânime dos participantes. Apenas participaram do estudo aqueles que consentiram voluntariamente após leitura e assinatura do Termo. O projeto está de acordo com as normas e diretrizes das resoluções da Comissão de Ética com Pesquisas Envolvendo Seres Humanos na Universidade Federal de São João del-Rei (CEPES/UFSJ).

Após sua conclusão, a pesquisa será apresentada aos profissionais pesquisados e também em congressos, com intuito de esclarecer a realidade da atuação dos psicólogos no SUS, incentivar a educação permanente e subsidiar a construção de práticas inovadoras.

4. A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NO PROGRAMA BEM VIVER: COMO SE CONFIGURA A RELAÇÃO SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA?

Neste capítulo apresentaremos os resultados da análise de pesquisa. No primeiro item esboçamos as características dos psicólogos (idade, sexo, formação, atuação), e também os indicadores sobre as principais práticas exercidas e demandas mais prevalentes que chegam ao Programa Bem Viver, essas informações foram coletadas através de questionários preenchidos pelos psicólogos participantes da pesquisa. Para melhor ilustrar esses dados montamos o quadro 1, exposto abaixo. Logo, fizemos a tabulação e algumas considerações sobre esses dados.

No segundo item realizamos uma análise qualitativa a partir dos referenciais teóricos da Análise Institucional. Nesse item buscamos elucidar os analisadores na atuação do psicólogo no programa Bem Viver.

4.1 Características dos psicólogos, indicadores das práticas realizadas e principais demandas

QUADRO 1
Perfil dos Psicólogos

Participante	Sexo	Idade (anos)	Pós-graduação	Atuação				Carga horária semanal	Tempo de atuação	Tempo de atuação no BV	Município	Vínculo empregatício
				BV*	UBS*	NASF*	OUTROS					
1	F	39	Psic. Da Saúde	x				20 h	14 anos	8 meses	São Tiago	Contrato
2	F	30	-	x				20 h	6 anos	8 meses	São Tiago	Contrato
3	M	41	Violência familiar contra crianças e adolescentes	x	x	x	Conselho Tutelar	20 h	13anos	6 anos	Santa Cruz de Minas	Efetivo
4	F	31	-	x				20 h	7 anos	7 anos	Barroso	Contrato
5	F	29	Psicologia Social	x		x		30 h	5 anos	1,5 ano	Tiradentes	Contrato
6	F	52	Filosofia Clínica	x				20 h	20 anos	3 anos	Prados	Contrato
7	F	51	Gestão da clínica da atenção primária à saúde	x				40 h	23 anos	13 anos	Conceição da Barra de Minas	Efetivo
8	F	45	Psicologia	x				20 h	22 anos	13 anos	Resende Costa	Efetivo
9	M	38	Psicomotricidade e Educação			x		20 h	11 anos	-	Conceição da Barra de Minas	Efetivo
10	F	49	Psicopedagogia	x	x			50 h	25 anos	3 anos	Ibituruna	Efetivo
11	M	34	-	x		x		20 h	6 anos	3 anos	Ritópolis	Efetivo
12	F	27	Educação Permanente em Saúde	x			CRAS	40 h	3,5 anos	2 anos	Piedade do Rio Grande	Efetivo
13	F	46	Clínica e Educacional	x				20 h	20 anos	13 anos	Coronel Xavier Chaves	Efetivo

* BV= Bem Viver; UBS= Unidade Básica de Saúde; NASF= Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Fonte: questionários aplicados aos psicólogos entre setembro e outubro de 2015

O grupo de participantes da pesquisa é composto por 13 profissionais, sendo 10 do sexo feminino e 03 do sexo masculino. A idade dos participantes varia de 27 a 52 anos. Todos têm graduação em psicologia, formando-se em diferentes períodos o que demonstra uma diversidade nesse quesito. Dos 13 participantes, 10 possuem estudos de especialização *lato sensu* em diferentes áreas, como, por exemplo, Psicologia da Saúde, Psicologia Social, Filosofia Clínica e Psicopedagogia.

Os profissionais envolvidos na pesquisa são vinculados ao serviço público dos municípios, sendo muitos alocados atualmente no setor de saúde. Dos participantes, 05 são servidores contratados temporariamente e os outros 08 participantes são servidores concursados nos municípios onde atuam.

A carga horária de trabalho da maioria dos psicólogos e psicólogas participantes da pesquisa é de 20 horas semanais especificamente cumpridas no programa Bem Viver. Além de atuarem no Bem Viver, uma parcela dos participantes atua também em outros serviços como NASF, CRAS, UBS e Conselho Tutelar. Esses dados mostram que através de articulações por parte das gestões, o mesmo profissional é contratado para atuar em diferentes serviços. O que acarreta efeitos na assistência, já que essa articulação impede a ampliação das equipes. Outra consequência é sobrecarga dos profissionais, que muitas vezes se mostram assoberbados de demandas.

Os treze profissionais são de diversos municípios da Região do Campo das Vertentes e o tempo de atuação como psicólogo varia entre 03 anos e 23 anos de experiência. O que pode sugerir uma heterogeneidade nos tipos de formação e atuação. Especificamente no Programa Bem Viver, dos participantes, apenas um não atua diretamente, sendo profissional do NASF e que apóia o Bem Viver. Quanto aos 12 profissionais que atuam no Bem Viver, a média de tempo de atuação no programa é de 05 anos. Importante ressaltar que três participantes atuam no programa há 13 anos, ou seja, desde sua implantação. Aqui é importante frisar que as implicações afetivas e ideológicas das três profissionais idealizadoras do programa influenciam na maneira de como essas profissionais concebem trabalho do Bem Viver, percebendo-o como um serviço que oferta modos de cuidados diferenciados em saúde mental.

No questionário que os participantes preencheram sobre sua formação e atuação foi apresentada uma lista de atividades e procedimentos que seriam mais frequentes na sua atuação no Bem Viver. Foi solicitado que enumerassem, em ordem crescente, as principais ações e procedimentos no trabalho que realizam no Bem Viver. A lista de atividades foi construída a partir do modelo do Centro de Referência Técnica em

Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), que buscou realizar um levantamento das principais atividades dos psicólogos no SUS, especificamente na atenção básica (CREPOP, 2010). Nessa lista continham as seguintes atividades: acolhimento e acompanhamento; atendimento em grupo; atendimento individual; visitas domiciliares; atendimento a crises; avaliação psicológica; orientação a familiares; oficinas; reabilitação psicossocial; ações intersetoriais; ações de promoção e prevenção em saúde mental; práticas corporais ou expressivas; e integração com as Equipes de Saúde da Família.

Dentre as atividades listadas, os psicólogos indicaram que as ações mais realizadas no seu trabalho no Bem Viver são: acolhimento e acompanhamento e atendimento individual. Por outro lado, as atividades menos frequentes no cotidiano dos psicólogos são: integração com a ESF e ações de promoção e prevenção em saúde mental. Estes dados demonstram que as ações predominantes dos psicólogos que atuam no Bem Viver são individuais e diretamente com o usuário, essa configuração de principais práticas concorda com a literatura sobre o tema que comprova que a maioria dos psicólogos inseridos no SUS tem como maior referência para a sua atuação o atendimento individual. Além disso, os dados mostram que as ações menos frequentes são as de integração com a ESF e ações de promoção e prevenção em saúde, o que aponta para um distanciamento do trabalho do Bem Viver com a atenção básica. Consequentemente podemos entender que o trabalho multiprofissional não é muito presente no cotidiano desses psicólogos e, assim, reforçam o lugar de especialistas.

No questionário também constava uma lista de principais demandas que chegam ao serviço. Foi solicitado aos participantes que enumerassem aquelas que fossem mais prevalentes. Essa lista também foi constituída baseada no questionário do CREPOP e dela constavam as seguintes demandas: quadros depressivos, ansiedade, problemas de aprendizagem, transtornos psicóticos, uso abusivo de álcool e outras drogas, questões relacionadas a pessoas com necessidades especiais, síndrome do pânico, transtornos neuróticos, inclusão social, avaliação psicológica, relações familiares, maus tratos e abuso sexual, tentativas de suicídio e demandas relacionadas ao trabalho.

As demandas mais frequentes enumeradas pelos psicólogos participantes foram: quadros de ansiedade, quadros depressivos, transtornos psicóticos e problemas de aprendizagem. Esse resultado demonstra que a prioridade atendida no programa Bem Viver são demandas entendidas como referentes a problemas de saúde mental, o que ratifica a hipótese de se configurar como um serviço especializado.

4.2 Analisador Espaço: “é um espaço que não dá pra definir, ele é muito mais amplo que algo convencional”

O Espaço Bem Viver aparece diversas vezes como tema nas discussões dos grupos focais – mesmo sem estar incluído diretamente como questão disparadora do roteiro. Dentro da perspectiva da Análise Institucional, entendemos que o analisador é algo polissêmico e ao mesmo tempo singular ao contexto em que está inscrito. Nesse sentido, o Espaço Bem Viver constituiu-se como analisador por aparecer no debate atribuído de vários sentidos, para dizer de uma atuação num contexto singular.

Ao iniciarmos o analisador Espaço Bem Viver é importante destacar o conceito dispositivo (agenciamento) proposto por Baremblytt (2012). Segundo o autor o agenciamento (dispositivo) é um artifício que produz inovações e que gera acontecimentos e devires. Em um dispositivo, o objetivo a alcançar e todo o processo que isso gera são inerentes entre si. Nele, há uma máquina semiótica e outra pragmática; e essas máquinas se integram, conectando elementos e forças como: multiplicidades, singularidades e intensidades – que são heterogêneos e que ignoram os limites formais das entidades molares como os estratos, os territórios, os instituídos, etc. Os dispositivos são geradores da diferença e capazes de produzir realidades alternativas.

Neste sentido, analisar o Bem Viver como um dispositivo é reconhecer sua potência na construção de formas instituintes no cuidado de saúde mental. Desta forma, verificamos que a sua institucionalização mostra uma diversidade de aspectos que visam responder a uma demanda social historicamente contextualizada, capaz de promover mudanças na realidade onde está inscrita. O Programa Bem Viver, no seu contexto de surgimento, apresenta como uma alternativa diante uma rede precária e pouca resolutiva na atenção à saúde mental dos municípios pesquisados.

Nessa discussão abordaremos o Bem Viver tanto como espaço físico, estrutura, quanto como espaço vivo, construído pelas relações dos profissionais e usuários. Sobre esse dispositivo verificamos também a indefinição de localidade dentro da Rede de Atenção Psicossocial instituída, a RAPS. Várias falas elucidam as potências e as contradições sobre a conquista desse espaço que, por certas vezes, aparece como privilegiado e, em outras, como segregado.

O primeiro aspecto que nos mostra relevante é o do espaço de conquista que diz respeito a uma busca de melhoria na assistência em saúde mental nos municípios de pequeno porte que foram pesquisados.

Bom, vou começar então. Pra mim, eu vejo um diferencial. Como eu trabalhei antes, desde o início, é a questão do acolhimento. Você ter um espaço diferenciado, não só um espaço físico, mas um espaço de escuta, que é diferenciado a partir do momento que o usuário se apodera desse serviço também (Participante 8).

A casa bem-viver parece ser a referência do usuário para o que ele precisa mesmo. Porque, muitas vezes, ele vai no Bem Viver não só por causa da questão da saúde mental, né? Mas porque ele vai procurar informação sobre cidadania (Participante 7).

De acordo com as falas, um espaço específico para acolhimento e escuta são alguns dos diferenciais do Bem Viver. Essas concepções mostram o programa como um espaço de força instituinte e de referência para usuários da saúde mental nos municípios que o possuem, compreendendo que antes de sua implantação a atenção básica não conseguia oferecer este espaço de escuta.

É citado também como um espaço que propicia o exercício de cidadania e a liberdade de circulação dos usuários que usufruem do serviço. Para os participantes 7 e 8, existe um diferencial neste espaço na questão do acolhimento, entre o antes e o depois da implantação do programa, sendo que com a implantação do Bem Viver, esse lugar passou a ser “privilegiado” para o acolhimento da demanda de saúde mental.

E também dá mais segurança pra o usuário... por ali, tem sempre o terapeuta ocupacional que está sempre no cuidado, tem o psiquiatra, tem mais espaço, tem o neurologista... e as pessoas que vão, elas tem mais segurança... elas são mais assistidas de alguma forma individual mesmo, melhor que antes, dá maior segurança. O que não acontece na UBS (Participante 13).

Os discursos de alguns participantes mostram o espaço Bem Viver como um lugar “adequado” para o acompanhamento a saúde mental. Sendo que, nesse espaço, os usuários são acompanhados por uma equipe específica de saúde mental. Nesse sentido, o espaço Bem Viver garante uma referência territorial aos usuários que precisam de atenção em saúde mental que, muitas vezes, podem mostrar-se precária em municípios de pequeno porte que não possuem serviços especializados.

A história de institucionalização do Bem Viver concorda com Dimenstein (1998), que discorre sobre o despreparo das unidades básicas para o acolhimento e acompanhamento dos casos da saúde mental, tanto em recursos técnicos, como em recursos humanos. Entretanto, é importante salientar que desde a implantação do programa Bem Viver, há 13 anos, algumas mudanças políticas e de modelos de

abordagem já apontaram alguns avanços para o atendimento em saúde mental na atenção básica. A institucionalização que se processa até hoje, das ESF, da RAPS e do NASF são importantes ferramentas que potencializam as equipes da atenção básica a atender os usuários de forma integral, ou seja, considerando também a saúde mental no campo de intervenções.

Mesmo que o Bem Viver apresente-se com um dispositivo diferenciado e ofertando mais recursos para o atendimento às pessoas com sofrimento mental, sua locação como espaço privilegiado pode remeter a um retrocesso, de novamente reproduzir a segregação da saúde mental. Essa ideia já foi bastante revisitada e denunciada pelos autores e atores da Reforma Psiquiátrica. Sobre esse aspecto podemos lançar críticas à luz das perspectivas histórico-cultural e técnico assistencial.

Pelo aspecto histórico-cultural, encontramos – na obra clássica *História da Loucura na idade clássica*, de Michel Foucault (1978) – diversas formas de como o fenômeno da loucura foi inscrito na sociedade durante a história da civilização. No século XIX, com o advento da psiquiatria, a loucura passa a ter um lugar privilegiado para o seu tratamento, que seriam os manicômios, onde o médico assume essencialmente o lugar de comando desse espaço. Nesse contexto, a figura do psiquiatra passa a ser de um grande tutor, pai, juiz ou mesmo a própria lei (Foucault, 1978).

Segundo Amarante (1998), a tecnologia fundada por Pinel⁶ estabelece a doença como ordem moral e inaugura um tratamento da mesma forma, ordenando o espaço e valendo-se das diversas formas de alienação. Pinel postula o isolamento a fim de executar regulamentos morais de política interna e também para observar a sucessão de sintomas e descrevê-los. O ato de Pinel instituiu uma nova forma de aprisionamento, acobertada pela figura “libertadora” do médico. O manicômio é a tradução mais completa de exclusão, controle e violência. Seus muros escondem a violência através de uma roupagem protetora que desculpabiliza a sociedade e descontextualiza os processos socioeconômicos.

É evidente que o modelo proposto pelo programa Bem Viver diferencia-se da estrutura manicomial, pelo contrário, as bases de sua implantação estão pautadas nos princípios da Reforma Psiquiátrica, que postula espaços abertos e comunitários para o tratamento de pessoas que sofrem de algum transtorno mental. O questionamento é

⁶ Médico francês considerado o pai da psiquiatria (1745-1826).

referente à necessidade de existir um espaço específico para os usuários da saúde mental se tratem separadamente do espaço da saúde integral. Essa lógica de um espaço privilegiado pode estar permeada pela ideia de controle social, e, dessa forma, segregando os usuários da saúde mental?

E essa fala do preconceito é real, porque já aconteceu lá em... é! Várias pessoas esperando o ginecologista e a pediatra também, e a psiquiatria é perto ali. Ai uma pessoa surtou lá, daí um olha pro outro, o outro olha pro outro, aquele bochicho, aí ela foi ficando irritada, ela foi agarrando no pescoço das pessoas que estavam lá. Foi um senhor problema, sabe? Porque geralmente nem todo mundo sabe entender, sabe respeitar. Porque na casa a gente já tá mais treinada, receptivo, né? Porque eu acho que isso acontece muito (Participante 13).

Eu já trabalhei na unidade de saúde, só que era a psicóloga, né? Não tinha isso, os usuários não tinham uma sala... Então né, e aí o tratamento era ambulatorial. E aí, quando abriu espaço para os grupos e para circulação de pacientes, aí então assim, a maior rejeição, não é contra os profissionais que entram no serviço, mas quanto aos usuários, quanto à circulação deles na unidade... E outra coisa quando o paciente entrava em crise, eles surtar ou alguma coisa assim, assustava a equipe como um todo. Mas, antes eu via tensão, não pelos usuários, mas por causa do ambiente. Eu sempre trabalhei em casa e sempre trabalhei na unidade, na casa não tem muita crise. Eu não via muita crise. Apareciam alguns casos, mas a gente sempre manejava: “Ah, vai conversar com fulano. Vamos fazer isso ou aquilo. Vamos assistir televisão”. Daí passa. E na unidade é muita gente aglomerada em espaço pequeno (Participante 7).

As falas acima mostram as dificuldades das equipes UBS em acolher o usuário da saúde mental, colocando-o como estigmatizado.

Inspirada nas propostas revolucionárias de Franco Basaglia, a Reforma Psiquiátrica brasileira pretende ir para além da desospitalização das pessoas com sofrimento mental. A proposta de desinstitucionalização da loucura é a tentativa de imprimir uma mudança na maneira como a sociedade concebe o louco, não mais visto como irracional e perigoso, e sim, como um cidadão que tem o direito de circular pela sua comunidade mesmo com a suas diferenças.

De acordo com as falas verificamos a necessidade da Atenção Básica aprimorar seus recursos para que consiga acolher as demandas do sujeito também em situação de crise em saúde mental. Em qualquer ponto de atenção da rede de saúde, seguindo os princípios da Reforma Psiquiátrica, tem a função de romper com o ciclo de psiquiatrização e medicalização do sofrimento psíquico. A ambulatorização dessa demanda oferece riscos de recair no circuito de psiquiatrização. Desta forma, as UBS se

desresponsabilizam das demandas que envolvem algum sofrimento psíquico, tornando-se apenas uma porta de entrada para encaminhamentos para atenção especializada.

Assim, questionamos se a melhor estratégia seria separar a clientela da saúde mental das demais, reforçando a segregação; ou desconstruir o estigma da figura louco como perigoso. O trabalho de desmistificação da loucura é uma das lutas batalhadas pela Reforma Psiquiátrica e pela luta antimanicomial e já se encontra preconizado nas políticas públicas. Dentre as diretrizes de se trabalhar com a saúde mental na atenção básica está, por exemplo, o apoio e capacitação às equipes de saúde da família para o acolhimento das pessoas com sofrimento mental. Nesse processo é também fundamental permitir à população uma aproximação a esse fenômeno.

A partir desse ponto, podemos iniciar uma análise do espaço Bem Viver visando o aspecto técnico-assistencial. De que modo os modelos de assistência podem contribuir para desmistificação do usuário da saúde mental?

Mas eu não vejo isso como um patinho feio. Eu não vejo a saúde mental assim. Do ponto de vista de onde você se posiciona? Eu não me posiciono como um patinho feio porque eu estou promovendo saúde, então, eu sei... Como eu não tenho essa visão, a gente fala essa visão pessimista, então, você consegue ser ponte e articular pras pessoas conhecerem o serviço (Participante 5).

Ao analisar o espaço Bem Viver pelo aspecto técnico-assistencial, retomamos os princípios da Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária que se convergem quando pensamos em modelos de abordagem que consideram o sujeito em sua integralidade e em seu contexto social. No Capítulo 1, mostramos como as organizações mundiais e as políticas nacionais caminham para um entendimento de que os processos saúde-doença estão constituídos de registros sociais, econômicos, culturais e também psicológicos. Portanto, nessa concepção, a saúde e a saúde mental não podem ser tratadas como campos separados.

Dentro dessa configuração, encontramos a Rede de Assistência à Saúde (RAS) e a Rede de Assistência à Saúde mental (RAPS), ressaltando que a segunda encontra-se inserida na primeira. A atenção básica nessa rede torna-se um ponto distinto por estar mais próxima às comunidades e ter maior capacidade de identificar os problemas de saúde do território onde se insere. Dessa forma, pode trabalhar a prevenção de agravos de doenças e também a promoção em saúde.

O espaço Bem Viver em sua estrutura técnico-assistencial fica indefinido dentro da RAS e da RAPS, sendo um serviço que faz o atendimento primário em saúde mental, porém, fora das equipes da ESF; e que funciona de uma maneira especializada, o que lhe configura também como atenção secundária. Na discussão dos grupos focais diversas falas apresentam essa confusão de localização do serviço na rede:

Eu entendo que é saúde mental, acolhimento à crise, a urgência, demanda de álcool e drogas, pessoas que estão em situação de angústia naquele momento, é um serviço mais de urgência para fazer o acolhimento no momento que a pessoa precisa mesmo (Participante 1).

Eu vejo que a nossa prática, ela ainda está um pouco distante da proposta do Bem Viver. Eu vejo assim, uma percepção pessoal, que o Bem Viver ele vem com uma proposta de ser uma UBS da saúde mental. Unidade Básica recebe aquilo que não é emergente (Participante 5).

A fala da Participante 1, aponta o programa Bem Viver como um serviço de urgência. Será que poderíamos considerá-lo como um “mini CAPS”? Já a fala da Participante 5, indica que apesar de o Bem Viver ter a proposta de ser a UBS da saúde mental, ele ainda está distante, na prática, sendo ainda um serviço focado reabilitação.

Mas ao mesmo tempo, eu vejo assim, você precisa de um suporte do gestor, às vezes, você está atendendo e paciente está circulando sozinho lá fora. E a gente fica pensando, até que ponto também, eu acho que gestor tem que dar esse apoio. E, às vezes, eles querem é excluir mesmo, o humano, sabe? Quer mais longe (Participante 10).

A realidade nossa é que existe um grande distanciamento ainda, não é? E eu acho que isso está bem claro pra mim, mas eu acho que é um dever nosso quebrar essa distancia, nós, enquanto psicólogos, quebrar essa distancia. Quebrar as lacunas que existem porque, se não partir da gente, se a gente ficar esperando o outro lado se aproximar, nada vai acontecer. Eu acho que cabe a classe discriminada, né? Mostrar que não deve ser discriminada (Participante 3).

Todo mundo vem na gente pedindo ajuda, mas a gente não é auto-suficiente, ninguém é auto-suficiente. Então, eles acham que a saúde mental dá conta de tudo e ela não precisa de ajuda (Participante 4).

Eu acho que de certa forma, assim, com essas divisões assim, acaba que se perde um pouco de trabalhos em equipe, assim. Ainda mais pensando em Bem Viver que fica lá, naquela casinha, né? Separado, né? Como se fosse até excluído (Participante 12).

Nessas falas, percebemos o distanciamento do trabalho no programa Bem Viver do restante rede, o que demonstra uma maneira de funcionamento solitária, que recebe encaminhamentos e responde a essas demandas de forma unilateral.

O que podemos questionar é se a forma isolada de trabalho não torna o Bem Viver um espaço final para os usuários de saúde mental, criando um circuito de entre a CAPS e o Bem Viver, sem acionar outras redes. De certo modo, se o serviço assume o formato puramente ambulatorial, sem articulação de outros setores e da comunidade como um todo, ele corre o risco de cronificação da rede e dos usuários.

Mesmo com a indefinição do espaço Bem Viver na rede e os riscos que podem torná-lo um serviço de segregação da saúde mental, ainda assim temos alguns relatos que nos dizem desse espaço como potência e da melhoria na atenção em saúde mental.

Bom, lá no meu município, eu vejo assim, o Bem-viver, como uma coisa boa. Pra população, eles não tinham nada... a gente tinha que fazer vaquinha pra arrumar um psiquiatra pras pessoas carentes e agora não, encaminha tudo pra lá. O Bem-viver é a saúde mental da cidade (Participante 6).

É um pouco disso tudo. Porque é... quando se fala em ambulatório, não o ambulatório convencional, mas que tem a clínica. Um centro de convivência porque ele pode estar lá quando ele quiser. É um espaço de oficina, em que se produz além da escuta. Então é um espaço que não dá pra definir, ele é muito mais amplo que algo convencional que você coloca foco. E que gera uma curiosidade, né? O bem-viver ele abriga algo diferente e atrai pessoas (Participante 8).

La na minha cidade é... acaba que a casa acabou agregando outros profissionais, por exemplo, a fonoaudióloga atende lá, eles fazem o atendimento lá, tem um medico que atende lá, os conselhos de saúde são lá. Então, virou uma casa de saúde, né? Agregou várias coisas (Participante 12).

Primeiramente, cabe reconhecer o espaço Bem Viver como um equipamento inovador. Outro aspecto é reconhecer que o seu funcionamento híbrido que abarca ações ambulatoriais, de centro de convivência e com aproximação à atenção básica o que possibilita ao serviço uma abertura de diálogos com a rede. Desta forma, permite pensá-lo para além de um ambulatório depositário de demandas. Entendemos que, se o Bem Viver funciona como um espaço aberto que possibilita experimentações, em sua singularidade, pode vir a ser um lugar para a criatividade nos processos de trabalho, onde o psicólogo pode inventar a si mesmo e as suas práticas cotidianas.

Portanto, é importante entender que o programa Bem Viver não é apenas um estabelecimento ou um equipamento, ele é diverso. Seu funcionamento em cada um dos municípios é singular. Nesta análise, não conseguiríamos abordar toda essa diversidade e singularidade no trabalho de cada Bem Viver porque não coletamos informações acerca dessa prática no cotidiano de todos os municípios. O que destacamos aqui é a autonomia no processo de trabalho como fator positivo.

As maneiras de atuação dentro do programa Bem Viver variam de acordo com a perspectiva de cada um dos seus coordenadores psicólogos que o concebem e também conforme a realidade política e social de cada território. Embasado em minha experiência como ex-trabalhador do Programa Bem Viver, entendo que este espaço pode se afirmar tanto como um lugar para criação de práticas inovadoras, como também se enrijecer em práticas cristalizadas. A estrutura de uma casa separada da UBS pode torná-lo muito semelhante a um ambulatório, porém, não é somente o espaço físico que define esse lugar, e sim, como ele é concebido e gerido, e como funciona.

4.3 Analisador Especialismos: Os *Experts*

Segundo Baremlitt (2012), a sociedade moderna tem produzido, com o conhecimento científico e com as tecnologias, uma soma de saberes que propiciou, nesses dois últimos séculos, uma “evolução” maior que a humanidade havia conseguido, ou seja, aconteceu um processo de produção de conhecimento e de aplicação do mesmo muito intenso. Estes saberes e tecnologias aceleraram o chamado progresso.

Essa produção de saberes e tecnologias têm gerado profissionais intelectuais *experts* que são conhecedores da estrutura da sociedade em si. A produção desses conhecedores tem se colocado geralmente a serviço de entidades e forças que são dominantes em nossa sociedade e também de entidades proprietárias de riquezas. A produção de *experts* tem como consequência a desvalorização do saber popular, acumulado através de muitos anos acerca de sua própria vida, sua comunidade e seu funcionamento (Baremlitt, 2012). As considerações de Baremlitt sobre o conceito de *experts* mostram-se relevantes para trabalharmos o analisador *Especialismo*, que revela algumas tensões sobre a formação dos profissionais de saúde e os modos de cuidado na saúde pública.

É importante frisar que um dos princípios do SUS é a participação popular – que se mostrou fundamental no período de sua institucionalização. Na reorganização de trabalho proposta, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família, encontramos nas diretrizes o trabalho interdisciplinar e multiprofissional. Esses princípios e direcionamentos de trabalho apontam para ações baseadas na territorialidade, prevenção

e promoção de saúde. Dessa forma, é necessário que haja, entre os profissionais e a comunidade, troca de saberes e experiências, com o intuito de conhecer o território e planejar ações de acordo com as necessidades da população atendida. Conseqüentemente, é função do profissional do SUS incentivar e ouvir a participação social, bem como promover a autonomia dos usuários e das comunidades.

Entretanto, o que constatamos na organização de trabalho dos serviços de saúde pública é a existência de uma atuação marcada pela especialidade profissional. Dessa forma, como nos alerta Baremlitt, nossos profissionais tendem a não valorizar ou não utilizar dos recursos comunitários para oferecer melhores condições de saúde para a população atendida. Geralmente, esses profissionais estão em seus consultórios, focados na doença.

Segundo Merhy (2002), tem-se observado que as mudanças nos modelos técnico-assistenciais dependem menos das normas gerais e mais da produção de saúde, que se dá no espaço da micropolítica de organização dos processos de trabalho. Assim, entendemos que a produção de saúde está diretamente ligada aos sujeitos trabalhadores – individuais e coletivos – que agem de forma interessada, isto é, de acordo com os próprios projetos, sejam de uma corporação ou mesmo de uma pessoa que ocupa certo espaço no trabalho. Dessa forma, permanece uma tensão, na medida em que os interesses podem ser diversos.

Atualmente, a atuação no SUS desafia os profissionais a trabalharem com essa tensão, onde os saberes se entrecruzam, dialogam e, por vezes, se divergem. Esse trabalho coloca em cheque o *Especialismo* – enrijecido – exigindo dos profissionais o reconhecimento de outros saberes na produção de saúde que estão fora de sua especialidade, dialogando com outros atores.

Autores como Spink (2007), apontam alguns caminhos: um deles é o campo da *transdisciplinaridade*, entendido como o esforço que articula diferentes competências e especificidades. A proposta transdisciplinar pode constituir-se como um modo distinto que fortalece os diálogos entre diferentes domínios do saber e do fazer pertencentes ao campo da Saúde. Este modelo não inclui somente especificidades científicas, mas qualifica o conhecimento popular como algo importante para o planejamento das ações.

Esta introdução do analisador *Especialismo* tem a intenção de balizar nossas análises sobre o trabalho do psicólogo no programa Bem Viver, no que se refere à tensão existente entre se reconhecer como profissional da atenção especializada ou como profissional da atenção básica.

4.2.1 Especialismo e políticas. “É especializada ou não é especializada?”

A gente trabalha com demanda secundária porque nós somos especialistas, ou seja, psicólogo, é o psicólogo especialista do município, né? Do serviço todo, a atenção básica não tem, né? A rede não tem o psicólogo do PSF, né? Trabalho do psicólogo não é institucionalizado. Nós somos atenção especializada que atua na atenção primária (Participante 7).

Mas a gente já sabe... que tem um negócio que a gente responde lá que a gente lança as neuroses, lá no sistema sabe? Que fala que assim consultas de profissionais, fala que o psicólogo ele atende demandas não especializadas (Participante 10).

Isso vocês falam em qual sistema? (Mediador).

O e-SUS (Participante7).

E lá tem pesquisa, você já olha e vê também, atendimento de demandas não especializadas. Ai você já olha lá, o psicólogo está nessa aí (Participante 10).

No e-SUS não tem essa questão de especialista, né? Você tem lá PSF, NASF e outros profissionais de nível superior. No e-SUS (Participante 10).

Utilizamos esse primeiro debate para abrir a problematização sobre o analisador “Especialismo e Políticas”, por considerar emblemática a discussão acerca da inserção legal do psicólogo dentro do SUS, especialmente na atenção básica.

Na discussão, as duas psicólogas debatem a questão da atuação delas no programa Bem Viver; se é uma atenção especializada ou não, de acordo com a ferramenta de registro de informação em saúde da atenção básica, o e-SUS⁷. Verificamos que, ao final da discussão, as participantes concluíram que de acordo com o sistema, suas ações são registradas como não especializadas. Esse fator burocratizado mostra-se como um fio condutor para a análise da tensão entre a saúde mental e a atenção básica, na atuação do psicólogo no SUS.

A pesquisa de Spink (2007) demonstra que os estabelecimentos do SUS que mais concentram psicólogos no país são os Centros de Saúde/Unidades Básicas, com a porcentagem de 39% de psicólogos que atuam no sistema público de Saúde. Esses dados confirmam que a maioria dos psicólogos inseridos no SUS está atuando na atenção não especializada, ou seja, atuando como generalistas. Ferreira Neto (2011) problematiza essa questão, ressaltando que essa interpretação desconsidera o fato de que

⁷ O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia do Departamento de Atenção Básica para reestruturar as informações da Atenção Básica em nível nacional. Esta ação está alinhada com a proposta mais geral de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde, entendendo que a qualificação da gestão da informação é fundamental para ampliar a qualidade no atendimento à população. A estratégia e-SUS AB, faz referência ao processo de informatização qualificada do SUS em busca de um SUS eletrônico: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/esus.php>.

os psicólogos atuantes nas UBS estão, em sua maioria, ligados ou inseridos a algum programa de saúde mental, assim como ocorre no programa Bem Viver.

O que se desdobra dessa configuração, corroborando com Ferreira Neto (2011), é que há uma tensão na identidade do psicólogo dentro da saúde, onde é difícil encontrar um diálogo entre a tendência associada à clínica da saúde mental e as outras tendências ligadas às ações psicossociais. Entendemos que essa conjuntura demonstra não apenas uma tensão entre o campo saúde mental e o de atenção básica, mas também indica certo desconhecimento de como é a atuação do psicólogo na atenção básica à saúde. O que são os psicólogos “generalistas”?

Acho que é o trabalho do PSF, auxiliar. Mais como uma prevenção de saúde... só que na realidade, pode ser que os municípios, mesmo sabendo que é atenção básica, deixem isso um pouco de lado porque a demanda é muito grande. Acaba atendendo uma demanda secundária... especializada (Participante 9).

O gestor, ele fala, vocês são da saúde da família... São todos atuando em saúde da família. O trabalho é com apoio a saúde da família, como é a nutricionista, como é o pediatra. A gente não tem um centro de especialidades, são muito profissionais e todos com trabalho compartilhado, pelo menos que é que eles falam, todos trabalham com equipe da saúde da família. A gente trabalha com demanda secundária porque nós somos especialistas, ou seja psicólogo, é o psicólogo especialista do município, né? (Participante 7).

O que eu vejo no município de pequeno porte. Meu município tem cerca de 10.000 habitantes, e eu sou a única psicóloga do SUS. Você faz de tudo um pouco, não tem como você fechar e fazer só isso. Então você atende a demanda de todo município. E de certa forma é interessante que você vai circular em todas as áreas. Nem o CRAS tem psicólogo, no NASF eles falaram que eu também exerceria essa função, que na verdade já era feito antes de ser instituído, já era feito esse acordo. Não tem como fechar, sabe? (Participante 8).

Eu acho triste porque a gente faz parte dessa equipe do PSF, mas não está incluído na equipe do PSF. Quando se trata de ambulatório, a gente está incluído. Mas quando se trata lá, do SUS, da equipe do PSF, a gente não está (Participante 10).

Mas esses municípios já tinham psicólogos muito antes da implantação do SUS, né? A gente fazia um trabalho bem antes do SUS. Quando foi implantado o PSF a gente já existia, daí a gente não ficou como PSF, a gente fica como especialista, dentro do município, né? Psicólogo do município (Participante 7).

O debate acima aponta certa contradição sobre a organização de trabalho na atenção básica, no qual preconiza a interdisciplinaridade, mas ainda têm como equipe mínima institucionalizada apenas médicos, enfermeiros, e agentes de saúde. Se a Saúde da Família é o caminho para melhor consolidação do SUS, é necessário, portanto,

investir em recursos humanos, sobretudo, para qualificar a equipe da atenção básica e torná-la realmente multidisciplinar, com profissionais que possam contribuir com a abordagem dos demais aspectos envolvidos no processo *saúde-doença*, indo para além dos aspectos biológicos.

Na discussão, nos deparamos com falas, como por exemplo, a da participante 7, que relata que na implantação da equipe mínima da ESF, o psicólogo e outros profissionais não tem seu lugar instituído, o que os levam a considerar o seu lugar de especialista em municípios de pequeno porte. Dessa forma, atribui-se um sentido social à prática em que a clínica individual é o trabalho a ser executado.

A fala da participante 8 demonstra como pode ser a realidade da atuação do psicólogo em municípios de pequeno porte. Mesmo com a pactuação dos municípios com governo federal para novos recursos de assistência e para ampliação das equipes, verificamos, em certas localidades, que através de estratégias de gestão o mesmo profissional é aproveitado para exercer diferentes funções. Nesse contexto, percebemos que os psicólogos do programa Bem Viver, com a institucionalização de novas políticas, estão sendo aproveitados para trabalhar em outros serviços, como o NASF e o CRAS.

A participante 10 demonstra-se não satisfeita com a composição das equipes do PSFs, nas quais o psicólogo não está incluído. A sua fala sugere que para ser psicólogo no SUS, na atenção básica, é necessário estar dentro da equipe do PSF. Sua insatisfação demonstra certa reivindicação.

As falas e a reivindicação das participantes corroboram com as críticas de Boing (2010), que enfatiza que se atenção básica pretende ser, concretamente, a estratégia de organização do SUS, é necessário um choque de qualidade em suas equipes. Um dos aspectos que a autora problematiza é o que no funcionamento da ESF, a base de cuidados ainda está pautada, exclusivamente, por profissionais médicos e enfermeiros, sendo o profissional psicólogo ausente na equipe interdisciplinar. Outro fato detectado na fala da participante 7 é que em alguns municípios da região já existiam o psicólogo nas UBS antes da implantação da ESF e do NASF, que vieram propor novos modelos de cuidados.

Nesse contexto anterior a ESF, entendemos que as práticas dos psicólogos estavam balizadas no modelo biomédico predominante dentro das UBS. O cenário atual das políticas em saúde instaura uma tensão na atuação do psicólogo no programa Bem Viver. Ao se depararem com agendas inesgotáveis de demandas clínicas, pouca

resolutividade em termos de saúde coletiva e apontamento das políticas para ações ampliadas, esses profissionais são provocados a novas reflexões, o que desestabiliza seus lugares de especialistas.

O Bem Viver tá ligado a essa questão da clínica mesmo, né? Clinicar urgência, emergência, modelo médico. O que eu acho que não deveria se, né? Porque na atenção básica você está trabalhando com o cuidado, com a prevenção, né? Mas tem essa diferença (Participante 1).

Na verdade, o meu contrato era pra estar dentro do PSF, mas assim, nem o gestor entende isso. Que o psicólogo ele tem que estar no PSF, dentro da comunidade. Aí me mandaram pra saúde mental. E aí eu fiquei longe da comunidade. E hoje, se eu pudesse estar lá no PSF eu ia fazer visita, eu ia verificar, acompanhar os casos de medicação, de egresso do hospital psiquiátrico, né? Mas hoje, se eu adentrar no PSF, o que eu vou receber é demanda de atendimento clínico. E o próprio gestor, eu propus pro gestor pra eu voltar pro PSF que eu acho que o trabalho lá é mais proveitoso porque eu estou perto da comunidade, posso acompanhar. E acabou que eu tinha que ficar onde era o Bem Viver por uma questão de espaço físico porque, lá no PSF, eu não precisaria mais de sala porque eu estaria mais na rua mesmo. Então, o próprio gestor, ele não entende o trabalho do psicólogo e a importância dentro da unidade de saúde (Participante 4).

Deixa eu falar da minha experiência: Quando eu comecei, na prefeitura de São João, trabalhei 5 anos, tinha saído uma lei municipal de um psicólogo pra cada três equipes e um fisioterapeuta”. Gente, isso funcionou, assim, muito bem. Devia ter na equipe básica de saúde, sabe? Não tem psicólogo na equipe de estratégia de saúde, não tem. Então, isso que eu quero falar. Que é muito bom. Às vezes eu ia pra uma reunião, eu falava da prática que a gente fazia, do psicólogo no PSF, o fisioterapeuta, a equipe estava completa. Então, funcionava maravilhosamente bem. O nosso trabalho de prevenção era em equipe... As agentes de saúde todas iam, então foi assim, uma experiência muito boa que depois extinguiu o cargo. Aí que que nós fizemos? Retrocedeu. Aí ficou o Bem Viver como ambulatório. Mas seria bem legal se tivesse, viu? Dentro dos PSF's. (Participante 6).

Eu acho que de certa forma, assim, com essas divisões assim, acaba que se perde um pouco de trabalhos em equipe, assim. Ainda mais pensando em Bem Viver que fica lá, naquela casinha, né? Separado, né? Como se fosse até excluído (Participante 2).

Então, eu acredito que o psicólogo do Bem Viver, ele não é nem atenção básica, nem atenção secundária, ele é uma atenção intermediária (Participante 1).

Nesses discursos, verificamos posicionamentos que dizem sobre a contraposição ao trabalho interdisciplinar após a implantação do programa Bem Viver, e o quanto isso provoca certa separação das equipes da atenção básica. Também podemos questionar se a criação de um serviço especializado necessariamente requer um trabalho isolado. Como articular com a atenção básica a partir desse lugar?

Essas tensões podem ser pensadas através da perspectiva histórica da inserção do psicólogo no sistema público de saúde. Ferreira Neto (2011) traz como elemento para essa análise a dimensão polissêmica que a noção de saúde mental ocupa no decorrer da história, a partir de seus sucessivos deslocamentos de significados. No início da Reforma Psiquiátrica, com a locação da saúde mental não hospitalar – num segundo momento ligado a luta antimanicomial – até, nos dias atuais, com a implantação e consolidação da estratégia de saúde da família como organizadora da rede, incorporando os cuidados em saúde mental.

Seguindo esse percurso de organização da rede de atendimento à saúde mental notamos que as políticas em institucionalização buscam, atualmente, integrar a saúde mental aos cuidados da atenção básica. Dentro deste panorama, o programa Bem Viver se aproxima mais de um modelo substituto ao hospital psiquiátrico ou está mais alinhado com as políticas de atenção básica? Como já anunciado em outro momento, sabemos das particularidades de cada município. Entretanto, nos deparamos com depoimentos que reforçam que a implantação do programa Bem Viver afasta o psicólogo da Estratégia da Saúde da família, dificultando o trabalho interdisciplinar.

4.2.2 Especialismos e Interdisciplinaridade: “A saúde mental é lá; saúde é aqui”

Atuando nos serviços do SUS pautados no especialismo, os profissionais reforçam a fragmentação do sujeito e das ações, e estabelecem procedimentos específicos e desvinculados do contexto social dos usuários. Diante desse cenário, mostra-se importante que os profissionais inseridos no SUS desconstruam os parâmetros vinculados às especialidades e construam, de forma coletiva, novos modos de cuidado que não se cristalizem em um único tipo de atividade.

Dentro do campo da saúde mental, os profissionais da *psi* precisam desinstituir-se do lugar de especialistas e incentivar a corresponsabilização dos demais profissionais da saúde com os cuidados em saúde mental. Veremos adiante como a interdisciplinaridade aparece na relação do programa Bem Viver com os outros serviços, especialmente com a atenção básica.

Acho que é muita estrutura do município, né? Acho que cada município faz suas prioridades, eu não tenho esse vínculo. Acho que, pelo menos, meu

trabalho lá de psicólogo é mais de clínica mesmo. Fico lá dentro da clínica, não consigo sair e fazer essa intersectorialidade. Não lá (Participante 3).

No meu caso, assim, não sei só se é uma relação boa, mas assim, somos muito bem atendidos pela UBS, apesar de ter aquela coisa assim, né? A saúde mental é lá; e a saúde é aqui. Mas por outro lado, né? O que é preciso, em relação aos médicos, enfermeiros, a gente tem sido bem atendido. Até mesmo, coisa mais complicada que é conseguir um horário com médico, né? Pra conversar. E isso, umas duas, três vezes, já foi possível (Participante 2).

Então, quê que acontece, tem médico que é mais maleável, tem médico que não é. Então, acontece isso, mas assim, o que eu vejo é assim, médicos geralmente são distante, eles não querem envolver, é só encaminhar e não dá feedback. Eles não tem tempo também pra isso, né? Porque eu acho que deveria ter. Enfermeira vai muito procurar a saúde mental, liga, eu tenho um paciente. Mas assim na hora que a gente precisa delas, nunca acha. Então assim, é uma situação muito complicada. Por isso que eu acho que o psicólogo dentro lá da UBS é muito melhor, porque se você quer conversar com a enfermeira ela está ali, o médico por mais que ele tenha muita coisa está ali. E vai conversando e assim, é difícil ser distante por causa disso (Participante 4).

As falas mostram a predominância de um modelo de assistência à saúde fragmentada em sua organização e funcionando pela lógica de encaminhamentos a especialistas. Verificamos que, apesar de haver certa comunicação entre os profissionais da saúde e uma boa relação entre eles, o trabalho não se concretiza como coletivo, onde há trocas de saberes. Mais de um depoimento aponta para a falta da participação do médico nas discussões em equipe. A participante 4 ainda aponta o fato de que não estar dentro da UBS dificulta ainda mais esse diálogo.

Partindo do pressuposto de Merhy (2002), que o trabalho em saúde é sempre relacional e dependente do Trabalho Vivo em ato, ou seja, do trabalho no momento em que se está produzindo, entendemos que as relações fora dos consultórios também se configuram como um trabalho multiprofissional em saúde. Estar no mesmo espaço físico significa estar disponível para os encontros e consequentes trocas. Separar as equipes pode se tornar um aspecto dificultador para o exercício da interdisciplinaridade.

Merhy e Franco (2003) alertam para o fato de que as relações de trabalho dentro dos serviços de saúde podem ser mais sumárias e servirem mais ao burocrático quando a atuação se produz centrada no prescrito. Nessa composição, o modelo de assistência se enrijece e o “saber médico” ocupa o lugar hegemônico e de produtor de procedimentos. Por outro lado, os autores mostram que esse trabalho pode acontecer nas relações intercessoras estabelecidas em ato, trabalho este realizado no cuidado com a saúde.

O princípio da integralidade pressupõe um esforço em entender e trabalhar com esses conjuntos de saberes e práticas que intercedem no cuidado em saúde. Averiguamos, na realidade apresentada pelas falas, dificuldades de integração desses recursos assistenciais nas equipes. Vemos nas falas alguns empecilhos para a realização do trabalho integrado, como: o despreparo dos profissionais para trabalhar de forma interdisciplinar; a organização de trabalho feita com base em agendas separadas e pela lógica de encaminhamentos; o descrédito de certos profissionais para o trabalho em equipe; e até mesmo pela própria demanda cultural que busca o atendimento clínico individual.

Mas assim, é um município muito novo que está se construindo, eu acho que tem muita coisa que ele está aprendendo a fazer agora. Então essa questão da equipe trabalhar em equipe multidisciplinar agora que está começando a entender o que é isso, né? De montar a rede, então, um município que está se construindo mesmo, que está começando a fazer isso agora (Participante 3).

Sabe o que está acontecendo no meu município? Acontecem esses estudos de casos depois que já aconteceu um monte de coisa, e atendeu não sei onde, a pessoa morreu. E é o caso que depois que já aconteceu, eu acho, que não vai pra frente. Daí acontece outro, faz de novo, tinha que ser antes de acontecer, né? Antes que aconteça o pior. Lá não, acontece depois. Aí reúne PSF, secretaria de saúde, Bem-Viver, todo mundo. E a secretaria fala, vamos gente, vamos estudar isso aí. O fulano já é um outro caso pra gente estudar. Mas não vai pra frente, não tem tempo, a gestora não tem tempo pra nada. Quando você vai lá conversar com ela, você fica duas horas esperando. A secretaria de saúde (Participante 6).

A gente viu que tem que trabalhar junto, que nosso trabalho tem que ser compartilhado. Eu sinto que está até melhor hoje do que antes. Duas vezes por semana e a gente conseguiu criar vínculo com a equipe. Nem isso a gente tinha conseguido. A relação com NASF está tendendo a melhorar, mas ainda não está efetivado um modelo de assistência que deveria, sabe? Eu acho que o NASF poderia fazer muito mais do que faz, mas se ficar fechado em ambulatório, em consultas clínicas, aí não vai (Participante 7).

No debate verificamos algumas tentativas, em momentos pontuais, de um trabalho multiprofissional. Contudo, se pensarmos na proposta de interdisciplinaridade essas ações aparecem ainda muito incipientes por não se configurarem contínuas.

O relato da participante 6 denuncia que a equipe se reúne quando o caso se torna grave. Esse fato sinaliza para a tendência de um trabalho em saúde ainda pautado apenas na reabilitação. Não percebemos relatos de reuniões de equipe para planejamento de trabalho para ações preventivas ou de promoção de saúde. Na fala da participante 7 é citado o NASF como ferramenta que poderia auxiliar no trabalho coletivo, porém, a mesma fala relata que o trabalho da equipe do NASF não é realizado

da maneira que deveria. No relato não aparece nenhuma ação de apoio matricial do NASF, que acaba repetindo a lógica de atendimento ambulatorial.

Nesse debate verificamos que não são citados – de maneira clara e sistematizada – os conceitos e as ferramentas preconizadas nas políticas de saúde que auxiliam no trabalho interdisciplinar. Em nenhum momento foi relatada a construção de um projeto terapêutico singular envolvendo diversos atores. A clínica ampliada também não é citada como uma maneira de se pensar o trabalho para fora do *setting* clínico individual. O NASF, dispositivo com a finalidade de fazer o apoio matricial, propiciando a troca de saberes e a realização de ações em conjunto com as equipes da ESF, é citado como reprodutor de uma lógica de atendimento ambulatorial.

Segundo Spink (2007), o trabalho ampliado em saúde envolve ações ligadas ao planejamento e gestão, aos quais os profissionais devem estar envolvidos. Conhecer o território, os recursos políticos e comunitários disponíveis e o trabalho junto à gestão são de suma importância para aperfeiçoar o cuidado em saúde, especialmente para aqueles que estão na atenção básica. Nas discussões, o trabalho interdisciplinar aparece como algo ainda distante das práticas dos psicólogos que atuam no programa Bem Viver. As ações intersetoriais ainda se mostram pontuais e sem continuidade, e a mobilização de redes sociais para promoção em saúde não foram citados. A prática clínica e o *Especialismo* aparecem como forte tendência e parece prescindir o trabalho em equipe. Essa lógica desresponsabiliza os demais profissionais para os cuidados com a saúde mental.

Eu acho que a rede tá enfraquecida, não esta tecida. Mas dentro do PSF eu consigo ver uma equipe. Então, tem estudo de caso com as agentes, tem umas enfermeiras que são mais acessíveis. Mas ainda tem, assim: a saúde mental é responsabilidade do psicólogo. Só que, assim, a rede fica meio complicada. Porque sai dessa questão CAPS contra referência, alguma coisa ficou meio aberta aí. A rede parece que está meio sem tecer (Participante 10).

A fala acima aponta alguns riscos da separação entre a saúde mental e a saúde integral, que são importantes para serem tratadas nesta análise. A participante 10 chega a citar que dentro do PSF consegue ver algumas ações e discussões em equipe, mas, ressalta que a saúde mental é função do psicólogo. É nesse ponto que se encontra o risco de restringir o cuidado em saúde mental somente ao campo da *psi*. A fala ainda completa que quando há contra referência do CAPS, o trabalho fica em aberto. Podemos questionar, portanto, se o CAPS contra referencia para o Bem Viver e o usuário finaliza

ali sua circulação, não se estaria criando um circuito de psiquiatriação e psicologização da demanda? O que fica meio aberto no trabalho? Pode ser a relação entre saúde mental e atenção básica?

Para Amarante (2007), é de suma importância a inserção da saúde mental na saúde da família porque assim não se valoriza ou se estimula excessivamente o “papel de doente” no indivíduo que vive a experiência de sofrimento mental. Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) torna-se um dispositivo importante para a desmedicalização, dispensando muitos encaminhamentos a níveis mais complexos da atenção. Ainda de acordo com Amarante (2007), a atenção básica responsável pela organização da rede e pelas intervenções mais simplificadas se difere da lógica dos serviços terciários da saúde mental. Portanto, se no hospital as respostas aos problemas são padronizadas e massificadas, no nível primário de atenção, passam a ser mais complexas, incorporando em suas ações a família, a vizinhança e os atores sociais disponíveis no território. Assim, considerando os argumentos de Amarante (2007), nota-se indispensável a articulação entre a atenção básica e a saúde mental, de forma efetiva, nos serviços substitutivos como o programa o Bem Viver.

4.2.3 Especialismo e Formação: “Então, se você fica preso à teoria, o paciente também fica preso naquilo”

Ao tratarmos de *Especialismo* e Formação tornou-se importante apresentar um pequeno recorte sobre o percurso da Psicologia como profissão no Brasil. Em sua regulamentação, em 1964, o país entrava num longo período ditatorial que, segundo Yamamoto e Oliveira (2010), causou impactos no desenvolver da Psicologia no Brasil e ainda é um tema em aberto. Podemos verificar marcas desse contexto político e histórico na Psicologia, em seus primeiros 20 anos de atuação regulamentada, que assumiu posicionamentos e práticas predominantemente conservadoras.

A partir da década de 80, com uma maior inserção de psicólogos no SUS, os debates e críticas acirravam-se entre as entidades de representação da Psicologia. Esse novo campo de atuação passava a exigir das instituições formadoras e dos profissionais de saúde, reformulações teóricas e práticas que pudessem compreender e oferecer tecnologias suficientes para atender esse novo cenário de demandas que ultrapassavam o trabalho clínico.

No âmbito específico das discussões sobre formação universitária de profissionais para atuar no campo da saúde pública, Ferreira Neto (2011) parte da hipótese de que há uma separação historicamente colocada, mas indesejável, entre as Instituições de Ensino e o SUS. Para o autor, existem duas tradições na organização do cuidado em saúde: a saúde pública que se organiza num modelo preventivista e interdisciplinar e a atuação liberal privada, que se constitui num modelo reabilitador e de especialidades.

Essas organizações detêm objetivos diferentes e se entrecruzam. O projeto do SUS é constantemente atravessado por profissionais que ainda não tiveram em suas formações subsídios necessários para a atuação segundo as diretrizes do SUS (Ferreira Neto, 2011). Veremos adiante, como os psicólogos que atuam no programa Bem Viver demonstram o descompasso entre suas formações e a atuação no SUS.

Eu vi que a faculdade me formou muito bem pra ser psicólogo particular. Não me capacitou pra trabalhar no serviço público (Participante 9).

Eu, na minha faculdade, eu tenho muita dificuldade na área de psicologia social. Porque como eu me formei em [cidade], o modelo lá, o ensino lá, eu acho que assim, [...] a gente teve muita ênfase no estudo de patologia mesmo, de modelo médico. Então, assim, eu tenho muita dificuldade de sair dessa posição pra enfrentar e estar no meio da comunidade, nos outros tipos de trabalho. E, às vezes, eu até me perco, porque, assim, é quando eu vejo que estou clinicando, dentro da casa da pessoa ou na rua. Então, assim, é difícil. E outra coisa também, eu percebo que a relação que a gente tem com tipo de público que frequenta o serviço público, ele é muito diferente, entendeu? As demandas são muito extensas, não é que é extensa, é muito eclética. Então, às vezes, a pessoa não quer uma intervenção, por exemplo, igual a escuta psicanalítica, como você falou, mas às vezes, não é aquilo que ela quer, não é aquilo que vai fazer ela progredir. Então, às vezes, eu mudo a abordagem ali, tenho que mudar, no meio do caminho, pra eu conseguir um resultado. Você tá entendendo?(Participante 4).

Na faculdade, lá em [cidade], essa questão do serviço público não foi bem trabalhada, a questão do SUS, mais na questão do consultório. Quando você sai do consultório, é tudo diferente, a demanda, tudo (Participante 11).

As falas revelam formações pautadas ainda no modelo clínico e biomédico de consultório. O debate ainda se estende mostrando os impactos que o trabalho do SUS causa a esses psicólogos, trazendo à tona a distância entre formação e atuação dentro do sistema público. Na fala da participante 4 notamos certa abertura para reformulações e criações dentro da atuação: ter que mudar o caminho e perceber a demanda do usuário aproxima-se do trabalho que denominamos clínica ampliada, na qual apenas uma corrente teórica ou uma técnica específica se mostra insuficiente para atender à

complexidade das demandas dos usuários que chegam ao SUS, especialmente na atenção básica.

Outro aspecto percebido na fala da mesma participante e que podemos problematizar, corroborando com (Archanjo & Schaiber, 2012), é que a prática clínica, nesse cenário, rompe com a “endogamia social” existente no consultório, no modelo neoliberal, ou seja, rompe com a identidade de classe social entre o profissional e seu paciente/cliente. O *setting* de consultório centrado na subjetividade, vista como interioridade, deixa de fora os aspectos socioeconômicos no momento da atuação. Na fala da participante 4, quando se diz sobre uma demanda eclética, o que se aponta, na prática do SUS, é que os aspectos sociais se mostram relevantes para o acompanhamento e resolutividade dos casos, e isso desestabiliza os profissionais que tiveram a formação restrita ao modelo de consultório privado.

Bom, como eu tenho pouco tempo de formada, 6 anos, pra mim foi um susto. Porque assim, o que a gente aprende na faculdade, o que a gente vê na realidade, que, às vezes, né? A gente não consegue casar as duas coisas, fazer uma comunhão das duas coisas... Agora, se foi em relação ao referencial teórico, eu iniciei com o referencial teórico psicanalítico, mas eu me perdi um pouco nisso, ao ver que sai um pouco, na realidade ali no trabalho a gente acaba vendo diferente (Participante 2).

A minha formação foi boa, mas posso dizer que aprendi mais na prática mesmo. Eu não pensava em trabalhar em serviço público, foi uma surpresa. Fui aprendendo, primeiro fui para o CRAS, depois conselho tutelar e tal.” (Participante 11).

Eu também acho que quando a gente forma, a gente vem com uma cartilha, né? Como é feito, como se faz, como não se deve fazer. Mas, a prática é outra coisa. Você vai perceber, na prática, o que você deve fazer, o que você não deve fazer, ou o que você faz errado que não vai fazer de novo (Participante 3).

Na fala da participante 11 inferimos que mesmo com o aumento progressivo de contratações de psicólogos no setor público, a partir da década 1990 muitos profissionais não esperavam atuar no sistema público. Essa fala corrobora a pesquisa realizada por Spink (2007), na qual a autora apresenta, em dados quantitativos, os motivos que levaram psicólogos a ingressarem no Sistema Único de Saúde (SUS). Os resultados mostram que 39% das respostas referem-se aos motivos relacionados à necessidade de emprego. As outras falas também reafirmam as distâncias entre a formação e a prática. Sobre este último aspecto, ressaltamos um dos questionamentos também apresentado por Ferreira Neto (2011). Mesmo o SUS constituindo-se como um

significativo mercado de trabalho para os psicólogos, este fato não tem sido suficiente para produzir impacto sobre o ensino de Psicologia na saúde pública dentro da graduação?

E foi mais em consultório. A gente não teve essa formação assim, tinha muitos cursos antigamente. Saúde pública, a gente teve que ir atrás, ir trabalhando. E fazendo isso a gente vai chegando nas reuniões aqui, vendo as experiências, os encontros estaduais, isso foi o que me formou assim (Participante 13).

Mas quando eu passei para o serviço de saúde mental, eu percebi que era bem diferente. E a gente tem que se adequar a clientela, né? (Participante 7).

A capacitação em saúde mental me ajudou muito e a especialização também. E também ter participação nas reuniões de saúde mental. Isso sim foi uma bagagem incrível. A linha guia também (Participante 9).

Eu formei faz três anos e meio, e fui pro serviço público. Eu acho que ainda não estou preparada, não sei preparada. Mas o tempo você vai desenvolvendo. E tem a formação fora, né? Essa abordagem eu não vi na faculdade, mas tive que procurar por fora mesmo (Participante 12).

As falas acima nos chamam a atenção para dois pontos de análise: o primeiro é a ênfase no campo da saúde mental como aprendizado. Apesar de serem psicólogos que estão atuando na atenção primária – mesmo sendo num programa de saúde mental – nenhum deles cita algum aprendizado com as diretrizes da atenção básica. Ao se afirmarem como profissionais da saúde mental os participantes demonstram a primazia de um modelo de prática: a clínica. Dessa forma, esses profissionais desconsideram as outras formas de atuação que a atenção básica possibilita ao psicólogo e, nesse aspecto, outras ações passam a ser relegadas, como por exemplo, o trabalho de prevenção e promoção à saúde. O segundo é o aprendizado dentro do próprio serviço e as capacitações oferecidas pelos órgãos governamentais. Ferreira Neto (2011) levanta essa discussão sobre “formação em serviço”, mostrando que devido ao crescimento acelerado do quadro de profissionais no SUS – associado à defasagem presente nos cursos de graduação – os órgãos governamentais criam uma política de formação voltada para profissionais: a educação permanente.

A educação permanente é um processo formativo que se insere no cotidiano de trabalho no SUS, com o intuito político de provocar mudanças na realidade. Um dos seus princípios é o envolvimento dos trabalhadores de saúde e os das instituições no processo de mudança das políticas públicas. Ele tem como público alvo, trabalhadores que enfrentam a realidade dos serviços públicos. Esses profissionais são convocados a

uma revisão permanente de suas ações em prol da consolidação do SUS. (Ferreira Neto, 2011).

Você tem que ver o que está funcionando, o que não está funcionando. Se não está funcionando, você tem que mudar a sua postura (Participante 3).

Eu, assim, eu iniciei na abordagem psicanalista... Só que as coisas foram mudando, eu fui trabalhar na escola, lá em 90, 91. Daí, veio a questão: vamos iniciar a saúde mental no município. Então, eu assustei muito, tudo novo. Mas, acho que a escuta muda muito a forma de lidar com o paciente. Com o tempo, a gente vê outras direções, usa outros recursos, mas que o paciente fique bem. Esses dias veio me perguntar em qual linha você atende? Tem que atender 10 sessões na linha cognitiva. Mas é o que o paciente quer? É uma escuta, ele quer ser acolhido, o paciente, isso que é importante (Participante 10).

De certo, o SUS trouxe uma nova realidade que exigiu e ainda exige mudanças na formação de um profissional em Psicologia. O contexto assistencial já institucionalizado passa a definir novos modos de atuação profissional e inicia um processo de desestabilização necessário. Várias tensões e contradições surgem provenientes de vários sentidos e com os quais os psicólogos, mesmo sem preparo, terão que lidar no setor público. Essa expressão *tudo novo* que aparece em várias falas dos psicólogos ao se referirem a sua inserção no SUS, demonstra como é um desafio para esses profissionais reformularem suas práticas e tentarem articular a clínica com outras modalidades de trabalho.

O aspecto do trabalho político, fundamental para o trabalho no SUS, não se mostra presente nos discursos dos profissionais pesquisados. A clínica apolítica centrada no sujeito ainda é uma forte tendência na prática dos psicólogos. Diante dessa realidade terminamos uma questão de Rodrigues e Souza (1991): *Necessariamente psicologizaremos e despolitizaremos porque este é nosso especialismo instituído?*(p.42).Este questionamento é também apropriado para abertura do nosso próximo analisador: demanda.

4.4 Analisador Demanda: “eu não vou conseguir atender tudo, né?”

A gente é realmente atropelada por essa demanda... em relação a isso, tudo bem que existe o psicólogo de família, clinicando, atendimento individual, mas a gente não deixa essa parte social, né? A gente pega também nesse gancho do social, não tem como se desvencilhar disso, até mesmo por esse

contato com as agentes, esse contato com a UBS, né? Se a gente pertence, a gente faz todo o trabalho (Participante 2).

Exatamente, ele fica sendo cobiçado. E tem visibilidade. E aquilo ali, de alguma forma, ele diminui sua fila, Porque talvez aquelas pessoas ali, saíram da sua fila de espera, né? E lá em [cidade] eu fico nessa tentativa também. Sabe? Ai eu tenho os grupos, porque nos grupos eu abarco uma demanda que estaria na minha fila, não que eu não tenha fila, tenho uma fila de espera também, mas aquilo que fica dentro do consultório... não aparece (Participante 5).

É, mas tem a estrutura também, porque, por exemplo, lá no meu município, eu não sei como é o público lá. E tem municípios que a gente tem uma dificuldade enorme de ficar fazendo grupo. Porque a estrutura, a pessoa já vem para “o atendimento individual, pra mim é que serve.” Então a gente tem que lutar pra mudar isso também e é difícil (Participante 3).

Eu não consegui restringir demandas, mas com o passar do tempo, realmente, você não dá conta. Eles mandam caso, mandam demanda, não dá conta (Participante 11).

No debate verificamos um consenso nas falas de que os psicólogos são “atropelados” pelo o excesso de demanda. O atendimento individual é ação mais solicitada ao psicólogo, seja pela população ou pelos encaminhamentos. Nas falas percebemos algumas estratégias para diminuir a fila. São apontados alguns recursos para a mudança desse quadro como os atendimentos grupais, o contato com outros profissionais da rede, e a direção para o trabalho social. Contudo, todos finalizam com a mesma situação de filas para o atendimento individual.

Dimenstein (1998) pontua em seu texto sobre atuação do psicólogo na UBS, que quando o psicólogo chega para atuar na atenção básica à saúde, suas atividades não se restringem mais apenas à saúde mental, a amplitude de demandas que aparece nesse novo cenário acarreta uma sobrecarga de trabalho aos psicólogos, que tendem a responder unicamente com a psicoterapia. Neste sentido, a autora ressalta a necessidade de redimensionar a prática, que na atenção básica não é apenas direcionada aos transtornos mentais graves. Ou seja, é necessário também ampliar a oferta de ações, caso contrário, o excesso de demandas não atendidas continuará no cotidiano de trabalho desses psicólogos.

No entanto, é importante pensar que esse não o único motivo do excesso de demandas não atendidas, o de restringir as práticas, sabemos que outros fatores contribuem para a manutenção dessa situação: a organização do trabalho em separado, o fluxo de encaminhamentos para especialistas e a própria cultura da população reforçam essa condição. Dentro desse quadro temos como consequências a desmotivação e o

adoecimento dos profissionais, assim como respostas não resolutivas e esforços em nome da delimitação estrita da clientela.

E acho que assim, condensando dentro dessa minha experiência de vida, acho que eu tenho uma atuação muito mais criativa, muito mais prática, mais resolutiva do que uma clínica densa, então, daí chega. no Bem-Viver, como que é minha atuação do Bem-Viver, eu defini: como uma terapia breve (Participante 1).

Mas eu não consigo enxergar outra abordagem que caiba dentro do serviço público que não a psicoterapia breve (Participante 5).

Eu, inclusive, fiz o curso de psicoterapia breve na sistêmica. E é o que a gente aplica mesmo. A demanda é grande e, faz poucos dias, eu recebi uma paciente lá, que estava bebendo. E ela não estava conseguindo parar. E com quatro sessões ela disse: “Tô ótima, não preciso mais.” Ela mesma se deu alta; quatro sessões. E ela está bem, está ótima, sai e não tem vontade de beber (Participante 6).

É porque é o breve, pra pessoa assumir o controle da vida dela e ela saber que ela tem o apoio ali, caso ela necessitar. Aí, entra a prevenção (Participante 1).

Todas as falas acima apontam a psicoterapia breve como a maneira predominante em de atuar na saúde pública. Essas colocações demonstram um paradoxo: os mesmos profissionais que reconhecem, em seu trabalho no SUS, uma diversidade de demandas, ofertam técnicas ainda limitadas para o atendimento dessas.

Os relatos afirmam de maneira enfática o lugar do psicólogo na tradição hegemônica, como realizador de psicoterapias. Em várias passagens dessa análise apresentamos os vários problemas que podem acarretar de enrijecimento das práticas no SUS. A atuação no SUS, especialmente na atenção básica, exige certa desprofissionalização, isso quer dizer que é necessário transitar com outros saberes e sair do lugar que lhes dão segurança, dentro do consultório.

Na fala da participante 1 percebemos algumas contradições, alguns momentos ela aponta para práticas criativas, resolutivas. Chega a citar o apoio ao usuário quando este sente necessidade. Essa concepção vem aproximar da ideia de acompanhamento longitudinal, preconizado no trabalho da atenção básica, pautado na prevenção de agravos das doenças. Porém, no final da fala, a profissional delimita sua técnica com psicoterapia breve. Esse relato elucida os paradoxos e os conflitos a que demanda da atenção básica causam na atuação do psicólogo.

Eu acho que tem que começar conversando com esses equipamentos aí, demarcando o lugar do Bem-Viver, no trabalho que é feito, delimitando e vendo aí, observando essas demandas, só que no meu caso, como eu atendo mais criança, quando chega pra mim, eu não vou conseguir atender tudo, ne?

Dá uma resposta. Então, assim, eu gasto tempo. Não tem como (Participante 2).

A gente vai tentar redirecionar, oferecer escuta e tudo, mas redirecionar. Porque senão a gente pega tudo pra gente (Participante 10).

O questionamento da participante 2: *eu não vou conseguir atender tudo, né?*. Demonstra a angústia vivenciada por todos os psicólogos participantes ao considerarem insuficiente suas ações para toda demanda que os chega. Esses questionamentos podem se desdobrar em apenas reprodução de reclamações, como também podem ser um incômodo que motive mudanças e práticas instituintes.

No debate as participantes ainda falam de conversar com equipamentos. E também a tentativa de redirecionar. Essas falas comprovam que, diante do fato de serem atropelados por uma extensa demanda, a saída seria dialogar e redirecionar. Portanto, mesmo sem expressar claramente, as participantes anunciam que as mudanças serão possíveis quando efetivamente houver um trabalho multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Como eu vou direcionando, eu vou descobrindo, né? Eu acabei descobrindo um pouco dessa demanda. É difícil dar conta de tudo, a demanda é muito grande, então eu não abri as portas pra clientela infantil. Contudo, quando a família procura, a escola procura, me disponho a escutar, me disponho a dar alguma orientação que seja possível. Eu faço o que eu posso estar fazendo, porque eu não tenho tempo. Eu me sinto extremamente incomodada e não gosto de atender a demanda Judiciária. Como para os outros colegas aqui, ela me é imposta sem nenhuma via de diálogo sobre o caso. As outras demandas me são prazerosas, quaisquer outras demandas eu atendo (Participante 8).

Eu, no meu caso, eu procuro não atender a demanda escolar, tem uma demanda escolar muito grande com a questão de aprendizagem, uma fila de espera grande com essas questões. Com relação ao conselho tutelar, que manda demanda direto lá, eu tenho um problema sério, porque o conselho tutelar manda porque eles acham que é demanda deles e não se escuta a demanda do paciente, né? Ele acha que o sujeito precisa de tratamento psicológico, né (Participante 3).

Os dois participantes nesse trecho reclamam de demandas que os incomodam e que também apresentam dificuldades em acolher. As demandas dos órgãos jurídicos que chegam de forma verticalizada e imposta, o que causa certo desconforto nos psicólogos. Nesse sentido, vemos demandas que requerem dos psicólogos uma posição de perito, ou de normatizador. O caráter impositivo demonstra pouco diálogo e flexibilidade por parte do judiciário com o campo da saúde, que muitas vezes exigem desses profissionais avaliações complexas em prazos curtos sem a contribuição de outros saberes. Esse fato

atribui uma responsabilidade arriscada para os psicólogos e lhes causa certo incômodo por se sentirem inseguros ao dominar um instrumental específico, e que está distante do trabalho cotidiano na atenção à saúde. Não trouxemos no recorte bibliográfico dessa pesquisa essa problemática. Mas mostra-se pertinente o questionamento sobre o diálogo entre a saúde mental e as instâncias jurídicas. Como podemos pensar numa outra lógica de contribuição e de diálogo?

Outro ponto que se mostra relevante problematizar é a demanda escolar. Uma participante diz que mesmo não fazendo o acompanhamento das demandas encaminhadas pelas escolas, faz o acolhimento e passa orientações quando possível. Já outro participante coloca como prerrogativa não atender a demanda escolar, ainda apontando que há uma fila de espera. Diante desses posicionamentos questionamos: Como essa demanda está sendo ouvida? E como esses profissionais esperam respondê-las? E como devem respondê-las?

Para Ferreira Neto (2011), diante da demanda das “crianças problemas” encaminhadas pela escola, geralmente, os profissionais ficam entre duas alternativas: a primeira é receber a demanda da maneira que lhe é encomendada, o que endossa a psicologização e a medicalização dessa clientela. Dessa forma, não questiona os demais fatores que podem estar envolvidos nas demandas, como por exemplo, as organizações das escolas e o próprio sistema escolar excludente. Esse tipo de resposta tem se mostrado historicamente ineficaz e reprodutor de exclusão desses alunos.

A outra opção representada na fala do participante 3 é recusar o atendimento, reenviando os casos para as escolas. Nessa situação, segundo Ferreira Neto (2011), *you place the child in a game of push* (p.184), no qual ninguém assume a responsabilidade de ações resolutivas. O autor apresenta no texto uma experiência de intervenção junto à escola, realizada pela equipe de atenção básica em que ele atuava, como uma saída para esse impasse. Na intervenção o autor apresenta a necessidade da equipe teve de deslocar da ênfase clínica encomendada pela escola, como também propor a construção de um dispositivo multidisciplinar composto também pelos funcionários da escola.

A intervenção teve como efeitos maior reconhecimento da escola dos fatores pedagógicos e institucionais presentes na emergência dos problemas institucionais. Além disso, o envolvimento numa prática de trabalho multidisciplinar propiciou a todos uma dimensão de formação pouco presente nas graduações, juntamente a isso possibilitou emergir um trabalho inventivo ao cotidiano (Ferreira Neto, 2011).

Uma coisa que eu consegui fazer lá no meu município, na verdade assim, foi uma estratégia pra que eu não seja tão invadida ne? Por essas demandas, é definir um dia de avaliação; então eu tenho um horário de avaliação. Toda segunda-feira, de umas às cinco da tarde, eu faço isso. É dia de avaliação, então vem de todos os lados: vem do CRAS, vem do Conselho Tutelar, chega tudo. Mas a partir dali eu já começo a disparar: isso não é pra mim, isso é pro neuro, isso é pro psiquiatra... E aí a gente definiu que eu atendo adolescentes até uma certa idade e adultos e ela atende criança. Então as crianças chegam pra mim de qualquer forma, eu sou uma porta de entrada, quem faz essa avaliação sou eu (Participante 5).

Na fala acima, a participante 5 diz de uma estratégia que aponta como resolutiva para desafogar a fila de espera por atendimento, um dia para triagem dos casos, dessa forma permite redistribuir o trabalho. A ideia de fazer a triagem mostra-se interessante para verificar as prioridades e as necessidades de cada caso. Chega a citar *eu sou a porta de entrada*, condizente com os princípios da atenção básica. No entanto, sua fala mostra uma divisão de trabalho fragmentadora, no qual cada demanda é direcionada para um profissional ou setor específico, pondo em questão a resolutividade dessa intervenção.

A palavra “delimitação” aparece em várias falas quando se trata de demandas. O que nos interessa nesse termo são as diferentes conotações que podem elucidar diversas posições profissionais. Diante dessa indefinição do termo levantamos algumas questões: Delimitar pode se caracterizar em recusar demandas? Delimitar é colocar-se num lugar específico? Ou delimitar pode dizer dos limites de suas contribuições para cada caso? Considerando os princípios do SUS de acesso e universalidade e também a diretriz da interdisciplinaridade, como poderíamos pensar esse delimitar?

É, assim, é muito difícil, muito difícil. Porque a gente sempre faz reunião, explicando as prioridades do Bem-Viver, explicando como que tem que funcionar, como tem que funcionar os encaminhamentos e a gente não tem sucesso assim. Sempre chegam os mesmo encaminhamentos, de forma confusa. Encaminhando coisa que na verdade... Não tem nada que indique a pessoa tenha um transtorno psiquiátrico, alguma coisa associada e... É difícil. Eu tenho uma dificuldade muito grande com isso (Participante 4).

A gente começou a fazer um trabalho com o município ne? De orientar como o Bem-Viver funciona devido a grande demanda. Então a gente pede que vá pelo posto, a gente orientou, né? A equipe no geral, mostrando quais são os casos mais graves, álcool e drogas em primeiro lugar da lista, psicose ne? Pra poder fazer uma avaliação e o médico encaminhar pra gente, pra essa demanda também não ficar tão solta devido a tantas urgências que vem pra gente atender. E dividir os serviços, atender criança, atender adolescente, atender adulto, nós conseguimos dividir bem esse serviço pra ele funcionar, ne? (Participante 1).

Uma outra coisa ne? Nisso que você está falando que eu lembrei, que eu faço de uma forma muito clara também: é deixar clara pros pacientes que o meu lugar ali é pra atender o que é grave, ne? (Participante 5).

As falas acima delimitam o trabalho no Bem Viver para uma demanda específica, transtornos psiquiátricos e casos graves. Podemos notar que as participantes entendem que trabalham num serviço especializado de saúde mental, de atenção secundária. Essa delimitação que as participantes apontam não se aproxima dos princípios da atenção básica, de ser a porta de entrada do SUS, nesse sentido, não há delimitação de demandas *a priori*.

Outro ponto que aparece nos relatos é que os encaminhamentos têm que passar pelo o médico, o que reforça a hierarquização entre as profissões de saúde e o processo de medicalização. Neste trecho não verificamos os relatos de acolhimento de demandas espontâneas, de encaminhamentos feitos por outros profissionais da eSF, menos ainda discussão de casos.

Porque a gente tem que ser meio assistente social também, porque tem pessoas que vão procurar o PSF, vão procurar o Bem-Viver, que não precisariam financeiramente está ali, ne? Eu tive paciente, uma paciente grave, teve uma empatia entre nós e eu não consegui que ela fosse pra um consultório particular, mas que ela é dona de metade da cidade, ne? Então assim, se for olhar nessa visão ela tem condições de pagar um psicólogo particular e deixar aquela vaga pra alguém carente financeiramente (Participante 5).

Mas sabe que alivia essa demanda que a gente conseguiu fazer? É porque vai na sessão, não vai na segunda, remarca, não vai, remarca, não vai. Depois liga e volta, tem gente que volta. Então que que nós conseguimos fazer lá: olha você vem, você não pode faltar duas sessões seguidas porque senão você vai perder a vaga devido a grande demanda, você vai ter que retornar ao posto de saúde, passar pelo médico. Dificultar um pouco pra pessoa dar um pouco mais de valor aquele momento, porque senão a gente fica esperando paciente e naquela meia hora, 40 minutos lá, você não consegue desenvolver nada (Participante 1).

As duas passagens acima apresentam situações delicadas. As falas reforçam certa burocratização do serviço público, processo que pode interferir diretamente no acolhimento e vínculo com o usuário. Outro ponto em que essas falas se esbarram é em relação aos princípios do SUS de acesso e universalidade. Se o Sistema Único de Saúde deve garantir o atendimento a todo e qualquer cidadão, tornando os serviços acessíveis à população, sem privilégios e sem barreiras, as delimitações e as regras impostas nas falas acima mostram que esses serviços podem estar funcionando numa lógica que não atenda a esses princípios.

Rodrigues e Souza (1991) trazem algumas considerações sobre a desprofissionalização do psicólogo e também sobre a ampliação das intervenções da nossa profissão. Ao ser convocada para atuar no campo social a Psicologia passa a questionar sua própria divisão de trabalho e busca não se deter aos limites instituídos como *psi*. Essas inquietações, insatisfações e carências da Psicologia indicam a necessidade de se trazer as questões políticas para o campo de intervenções *psi*. Entretanto, a autora ressalta a dificuldade que ainda existe de se realizar esse processo porque ele evoca a análise das implicações dos psicólogos como profissionais, desestabiliza certo poder e questiona, na prática, seu papel de perito.

Diante das considerações acima, ficam as perguntas: Em que se delimita a prática do psicólogo no programa Bem Viver? Para que os psicólogos ultrapassem o limite do especialista em psicoterapia dentro do programa, ao invés da delimitação, não é mais interessante pensar em desinstituir-se?

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O que se pretendeu com esta pesquisa como intervenção foi propiciar aos psicólogos atuantes no Programa Bem Viver um momento para análise de suas implicações, na tentativa de aumentar o coeficiente de transversalidade, ou seja, elucidar os atravessamentos político-sociais e também os pertencimentos institucionais, ideológicos e técnicos que modulam suas práticas. Nesse sentido, provocamos a desnaturalização da prática, saindo do lugar apenas técnico, levantando alguns questionamentos que possam se desdobrar em mudanças no campo das práticas.

Além disso, buscamos através da interação com os participantes trazer à tona os analisadores dessa *práxis*. Constatamos que as práticas do psicólogo no Programa Bem Viver atravessam e são atravessadas por conflitos institucionais que habitam na tensão entre os campos da Atenção Básica e da Saúde Mental. Averiguamos alguns paradoxos ao tratar a relação dos dois campos no trabalho do psicólogo no Bem Viver.

O Programa Bem Viver instaura uma forma de cuidados em saúde mental que podemos considerar instituinte no momento de sua implantação, já que ele vem responder uma urgência de uma assistência à saúde mental pouco resolutiva no contexto do seu surgimento. Essa resposta fez o programa se instituir com referência em saúde mental de base territorial, em municípios de pequeno porte.

Desde a sua implantação, os psicólogos atuantes e coordenadores do programa se reúnem mensalmente para discutir suas ações. Durante os 14 anos de funcionamento do Bem Viver ocorreram diversas mudanças nas Políticas de Saúde mental e de Atenção Básica, que provocaram a necessidade de repensar constantemente o funcionamento do serviço. As diretrizes das políticas públicas colocam em questão a localidade deste dispositivo na rede de assistência à saúde e a identidade dos profissionais nela inseridos. Uma tensão é instaurada na tentativa de articular o programa com a rede e com os modos de cuidados preconizados pelo SUS, especialmente no que refere às práticas na atenção básica à saúde.

No dispositivo criado para elucidar analisadores encontramos alguns pontos que revelam como se configura a relação do campo da saúde mental e da atenção básica nas práticas dos psicólogos do Bem Viver.

O analisador espaço se apresenta atribuído de diferentes sentidos que mostram a indefinição do programa diante da RAPS. Verificamos contradições em que esse espaço pode ser concebido como alternativa instituinte, no sentido de ser inovador e que

oferece melhores recursos de atenção à saúde mental na realidade pesquisada. Porém, o espaço aparece também como contraposição a algumas diretrizes propostas pela atenção básica, como a interdisciplinaridade e a integralidade. Nesse aspecto, o programa se configura como um espaço mais semelhante a um serviço especializado, que reproduz práticas tradicionais da Psicologia e do modelo biomédico.

A possível consolidação de um ambulatório em saúde mental coloca em risco o diálogo com a rede, cronificando os casos em uma rede específica e paralela. Aqui, consideramos importante para o Programa Bem Viver, e para os psicólogos que nele atuam uma constante análise de implicação, ou seja, analisar constantemente os atravessamentos políticos, sociais e também subjetivos em sua prática, o que nestes podem tornar o seu trabalho um reprodutor de práticas cristalizadas e o que nele possui de espaços para experimentações, o que pode fazer desse trabalho um dispositivo inovador que consiga dialogar com as redes e comunidades.

O analisador especialismo revela um tipo de organização de trabalho presente no Programa Bem Viver, mas também, como verificamos na literatura, em demais serviços de saúde, pautado na divisão por *experts*. Esse especialismo é reforçado pela lógica de encaminhamentos, pelo despreparado para trabalho multiprofissional e pela própria formação dos profissionais. Nesse aspecto apontamos para a necessidade de certa desprofissionalização que possibilite a abertura para relações mais horizontais no cuidado em saúde. Desta forma, o trabalho é direcionado para a construção da autonomia dos usuários e comunidades e também pela troca de saberes, sejam eles científicos ou populares.

A ecleticidade da demanda se revela como analisador nas práticas pesquisadas porque revela paradoxos e desestabiliza o lugar do especialista dos psicólogos. As demandas do sofrimento psíquico que chegam ao SUS trazem junto a elas o contexto social. Os atravessamentos sociais da saúde presentes nessas demandas que chegam ao SUS causam certo desconforto nos psicólogos, que passam a se sentirem limitados. Nessa maneira, percebemos que, ao delimitarem as suas técnicas, restringindo a uma forma de atendimento, os profissionais retroalimentam a fila por atendimento individual, conseqüentemente aumenta também uma demanda não atendida. A mesma diversidade também pode aparecer como um motivador para práticas inovadoras. Verificamos, na análise, como o SUS e a atenção básica passam a ser um espaço de aprendizagem para esses profissionais, já que, muitos deles, em suas formações acadêmicas, não tiveram contato com o trabalho na saúde pública.

Ao relacionar a atuação do psicólogo no Programa Bem Viver com as experiências de Natal e Belo Horizonte apresentadas no capítulo 2, constatamos que os modos de cuidado em saúde mental do programa pesquisado aproximam mais da experiência da capital do Rio Grande do Norte. O Bem Viver tem o funcionamento semelhante aos ambulatórios especializados de Natal e, conseqüentemente, passa pelas mesmas dificuldades. Destacamos aqui o distanciamento e o pouco diálogo desses com a atenção básica. Aspecto que aparece de forma mais resolutiva e consolidada na experiência de Belo Horizonte, onde as equipes de Saúde Mental trabalham juntamente com as equipes de Saúde da Família.

Em síntese, concluo que a Análise Institucional foi efetivamente uma abordagem teórico-metodológica que pôde facilitar a construção de um saber coletivo. Como a minha pretensão era analisar as práticas e relações no serviço em que eu atuei, busquei, com este estudo, despertar um coletivo que pudesse me auxiliar nessa empreitada ousada e delicada, dos pontos de vista ético e paradigmático.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvarenga, A.; Carvalho, D. ; Costa, A. L. ; Dantas, C. ; Oliveira, I. ; Silva, F. & Yamamoto, O. (2004). O Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações* • vol. IX • nº 17 • p. 71-89 • jan-jun 2004. Retirado em 10/08/15, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000100005

Amarante, (org.). (1998). Algumas considerações históricas e outras metodológicas sobre a reforma psiquiátrica. In *Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil*. (2ª ed) Rio de Janeiro: Fiocruz.

Archanjo, A.; Schraiber, L. (2012). A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. *Saúde e Sociedade*. Vol.21 nº. 2. São Paulo Apr./June 2012. Retirado em 14/05/2015 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200009

Backes,B.; Colomé,J.; Erdmann, R. & Lunardi (2011) Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas. *O mundo da saúde*. 35, (4), 438-442. São Paulo. Retirado em 08/09/2014, de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf

Baremblytt, G. (2012). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. (6ª ed.). Belo Horizonte: FGB/IFG.

Boing, E. (2009). *O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós- Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.

Boing, E. (2010). *O Psicólogo na Atenção Básica: Uma Incursão pelas Políticas Públicas de Saúde brasileiras*. Dissertação de Mestrado. Pós-Graduação em Psicologia, Curso de Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina.

Boing, E. ; Crepaldi. M. (2010) O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. *Psicologia Ciência e Profissão*. [online] (v.30, n.3, pp. 634-649). Brasília. Retirado em 10/05/2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141498932010000300014

Brasil, Ministério da Justiça - Mj; Ministério da Saúde - Ms; Ministério da Previdência E Assistência Social – Mpas. *Lei 10.216/2001 (Lei Ordinária) 06/04/2001-* Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Retirado em 20/10/2015 de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10216.htm

Brasil, Ministério da Saúde. (2013). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção básica. Cadernos de Atenção básica, n. 34, Cap. 1, 9-27. Brasil.

Brasil, Ministério da Saúde. *Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.* Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Retirado em 27/07/2015 , de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html

Brasil, Ministério da Saúde. *Portaria/SNAS nº 224 - De 29 de janeiro de 1992.* O secretário nacional de Assistência à Saúde e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4.o da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde. Retirado em 03/02/2015 de http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm

Brasil, Ministério da Saúde. (2003). Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. *Saúde Mental e Atenção Básica: o diálogo e vínculos necessários.* Retirado em 20/10/2015 de <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1734.pdf>

Brasil, Ministério da Saúde. (2006). Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. *Política Nacional de atenção Básica.* Brasília, DF. Retirado em 16/10/2015 de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_4ed.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. (2012). Secretaria de atenção à Saúde. Departamento de atenção Básica. *Política Nacional de atenção Básica.* Brasília, DF. Retirado em 20/08/2014 de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Campos, F.C.(2000). *O Modelo da Reforma Psiquiátrica Brasileira e as Modelagens de São Paulo, Campinas E Santos.* Tese de Doutorado apresentada à Pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do Título de Doutor em Saúde Coletiva. Retirado em 02/02/2016 de <http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000222845>

Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). (2010). *Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas a atenção básica à saúde.* Brasília: Conselho Federal de Psicologia.

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2006, outubro/ dezembro). Saúde mental no PSF é um desafio para a Psicologia. *Psi - Jornal de Psicologia* CRP SP, 149. Retirado em 03/02/2011, de http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/149/frames/fr_ciencia_profissao.aspx.

Dalla Vecchia, M. & Ferreira Martins, S. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface, Comunicação, Saúde e Educação*, 13, (28), 151-64. Retirado em 02/09/2013, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000100013&script=sci_arttext

Dimenstein, M. (1998). *O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais*. Estudos de Psicologia, 3, (1), 53-81.

Ferreira N. J. (2011). *Psicologia, políticas públicas e o SUS*. Cap. 4. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig.

Gui, R. T. (2003). Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido. *Revista Psicologia: organização e trabalho*. 3, (1). Universidade Federal de Santa Catarina. Retirado em 10/09/2014, de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/7071>

IBGE. (2011) Estimativas das populações residentes em 01.07.2011, segundo os municípios in. *Tabela de estimativas por municípios*. Retirado em 10/08/2015 de http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2011/tab_Municipios_TCU.pdf

Jesus, A. (2013). A institucionalização de um serviço de saúde mental em um município de pequeno porte. *Análise Institucional e Saúde Coletiva*. Org. Solange L'Abbate – 1ª edição- São Paulo: Hucitec.

Jimenez, L. (2011). Psicologia na Atenção Básica à saúde: Demanda, Território e Integralidade. *Psicologia & Sociedade*; 23(n). 129-139, 2011. Retirado em 22/10/2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000400016

L'Abbate, S. (2003). Análise Institucional e Saúde Coletiva. *Ciência e Saúde Coletiva*. 8, (1), 265-274. Retirado em 10/02/2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232003000100019&script=sci_arttext

L'Abbate, S. (2012). Análise Institucional e Intervenção: breve referência à gênese social e histórica de uma articulação e sua aplicação na Saúde Coletiva. *Mnemosine*. 8, (1), 194-219. Retirado em 10/02/2015, de <http://www.mnemosine.com.br/ojs/index.php/mnemosine/article/view/247>

L'Abbate, S. ; Mourão, L. ; Pezzato, L. (2013) *Análise Institucional e Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec.

Lei Federal 10.216. de 06 de Abril de 2001. (2001). Brasil. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Retirado em 28/08/2013, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm

Lei Federal 4.119 de 27 de agosto 1962. (1962). Brasil. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo. Retirado em 01/09/2013, de http://legis.senado.gov.br/legislacao/ListaNormas.action?numero=4119&tipo_norma=LEI&data=19620827&link=s

Lobosque, A. & Abou-Yd, M. (1998). *A cidade e a loucura entrelaces*. Retirado em 12/02/2016, de http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/concurso/cidade_loucura.pdf

Lourau, R. (1995). *A Análise Institucional*. Tradução: Mariano Ferreira. Petrópolis: Vozes.

Lourau, R. (2004). *Analista Institucional em tempo integral*. (org) Altoé, S. São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. ; Franco, T. (2003, Set/Dez) Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional, *Saúde em Debate*, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro.

Minayo, C. (2006) *O Desafio do Conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec.

Minayo, M. (2006). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.

Nepomuceno, L, & Brandão. (2011). Psicólogos na Estratégia de Saúde da Família: Caminhos Percorridos e Desafios a Superar. *Psicologia. Ciência e Profissão*, 31, (4), 762-777. Fortaleza. Retirado em 12/05/2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932011000400008

Oliveira, E.G. (2008). A Saúde Mental na Atenção Básica de Saúde: Uma parceria com as Equipes de Saúde da Família. *Política de Saúde Mental de Belo Horizonte o cotidiano de uma utopia*. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Oliveira, I; Dantas, C.; Costa, A.; Silva, F.; Alverga, A.; carvalho, D.& Yamamoto, O. (2004) psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 9 (17), 71-89. Departamento de Psicologia UFRN, Natal. Retirado em 10/05/2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-29072004000100005&script=sci_arttext

Penido, C. M. (2012). *Análise da implicação de apoiadores e trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família no apoio matricial em saúde mental*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais.

Portaria 224/1992. (1992). Brasil, Ministério da Saúde. Retirado em 05/09/2013, de http://www.saude.sc.gov.br/geral/planos/programas_e_projetos/saude_mental/portaria_n224.htm

Portaria 3088, de 21 de Maio de 2013. (2013). Brasil, Ministério da Saúde. Republicada: 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. Retirado em 13/09/2013, de http://www.conass.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2486:ci-n88-republicada-a-portaria-gm-n3088-que-institui-a-rede-de-atencao-psicossocial-para-pessoas-com-sofrimento-ou-transtorno-mental&catid=6:conass-informa&Itemid=14

Portaria gm nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Retirado em 20/12/2015, de http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf

Ramagnoli, R. C. (2014). O conceito de implicação e pesquisa-intervenção institucionalista. *Psicologia e Sociedade*. 26 (1), 44-52. Retirado em 18/02/2015, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v26n1/06.pdf>

Rocha, M. L. & Aguiar, K.F. (2003). Pesquisa-Intervenção e a Produção de Novas Análises. *Psicologia Ciência e Profissão*, 23 (4), 64-73. Retirado em 03/09/2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010

Rodrigues H.; Souza V. (1991). A Análise Institucional e a Profissionalização do Psicólogo. *Análise Institucional no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Rosa dos Tempos.

Santos Y. ; Oliveira, I. ; Yamamoto, O. (2009, out/dez). O Ambulatório de Saúde Mental no contexto da Reforma Psiquiátrica em Natal, RN. *Psicologia Argumento*, Curitiba, v. 27, n. 59, p. 313-322.

Secretaria de Estado de Saúde. (2006). Atenção em Saúde Mental. *Linha Guia*. Belo Horizonte, Minas Gerais.

Severo, A. K. ; Dimesntein, M. (2013). Ambulatório de Saúde Mental como Analisador da Política de Atenção Psicossocial. *Análise Institucional e Saúde Coletiva*. Org. Solange L'Abbate – 1º edição- São Paulo: Hucitec.

Spink, M. Bernardes, J. Santos, L. & Gamba, E. (2007). A inserção de psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender dilemas da prática e os desafios. In Spink, M.(org) *Psicologia em Diálogo com SUS: prática profissional e produção acadêmica*. ABEP; Ministério da Saúde.

Sundfeld, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica 1079 e processos de subjetivação: relato de uma experiência. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, 20(4). 1079-1097. Rio de Janeiro. Retirado em 13/03/2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312010000400002&script=sci_arttext

Trad, L. (2009) Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 19 (13) 777-796. Rio de Janeiro. Retirado em 02/09/2014, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010373312009000300013&script=sci_abstract&lng=pt

Turato, E. (2005) *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-qualitativa* –Petrópolis: Vozes.

Velho, G.(1981) Observando o familiar. *Individualismo e Cultura: Notas para uma antropologia da sociedade contemporânea*. Zahar – Rio de Janeiro

Yamamoto, O. ; Oliveira, I. (2010). Política Social e Psicologia: Uma Trajetória de 25 Anos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 26 n. especial, pp. 9-24. Retirado em 03/09/2015, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000500002

APÊNDICES

APÊNDICE I

Nome:
Sexo: M () F ()
Idade:
Pós-Graduação () Tipo de Pós Graduação e área:
Carga horária de trabalho semanal:
Em uma semana típica de trabalho, quantas horas semanais você dedica a cada um dos seguintes serviços: Programa Bem Viver: ____ UBS: ____ NASF: ____ Outros (Indicar: _____): ____
Tempo de atuação profissional:
Tempo de atuação no Programa Bem Viver:
Município:
Função exercida no Programa Bem Viver: Psicólogo () Coordenador ()
Tipo de vínculo e órgão:

Enumere em ordem crescente quais ações e procedimentos que mais desenvolve no seu trabalho. Caso você não realize a atividade indicada, marque com um 'x' e não o inclua na ordenação.

- Acolhimento e acompanhamento ()
- Atendimento em grupo ()
- Atendimento individual ()
- Visitas domiciliares ()
- Atendimento a crises ()
- Avaliação Psicológica ()
- Orientação a familiares ()
- Oficinas ()
- Reabilitação Psicossocial ()
- Ações intersetoriais()
- Ações de promoção e prevenção em saúde mental ()
- Práticas corporais e expressivas ()
- Integração com a ESF (reuniões para discussão de casos e outros assuntos) ()

Outras atividades:

Modalidade de atuação predominante:

- Individual()
- Equipe de psicólogos()
- Equipe multiprofissional()

Quando executa atividades com outros profissionais quais são?

Profissional	Serviço

Enumere em ordem crescente as demandas que mais chegam a você. Caso a demanda não se apresente, marque com um 'x' e não o inclua na ordenação.

- Quadros depressivos ()
- Ansiedade ()
- Problemas de aprendizagem ()
- Transtornos psicóticos ()
- Uso abusivo ou dependência de álcool ou outras drogas ()
- Questões relacionadas a pessoas com necessidades especiais ()
- Síndrome do Pânico (Fobias) ()
- Transtornos neuróticos ()
- Inclusão social ()
- Avaliação Psicológica ()
- Relações familiares ()
- Maus tratos e abuso sexual ()
- Tentativas de suicídio ()
- Demandas Relacionadas ao Trabalho ()

Outras demandas:

APÊNDICE II

ROTEIRO DE QUESTÕES PARA O GRUPO FOCAL.

- 1) FUNÇÃO DO BEM-VIVER. Como vocês entendem (qual é a função) o trabalho que realizam no programa Bem Viver? **Análise de implicação e Institucionalização**
 - 2) DIRETRIZES DA ATENÇÃO BÁSICA. Como vocês percebem as diretrizes do trabalho do psicólogo na atenção básica de saúde? **Institucionalização do Bem Viver e a relação ou seu no lugar junto ao SUS.**
 - 3) ATUAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA. E qual a relação que vocês fazem dessas diretrizes com o trabalho que desenvolvem no programa Bem Viver? **Institucionalização do Bem Viver e a relação ou seu no lugar junto ao SUS.**
 - 4) FORMAÇÃO. Como vocês veem os aportes (influência) da sua formação para seu trabalho atual? **Análise de implicação.**
 - 5) REFERENCIAIS TEÓRICOS E TÉCNICOS. De que modo (como eles aparecem) os referenciais teóricos e técnicos demarcam sua prática? **Análise de implicação.**
 - 6) DEMANDAS. Como vocês lidam com as diversas demandas da escola, CRAS, Conselho Tutelar? **Análise de implicação.**
 - 7) ATUAÇÃO MULTIPROFISSIONAL. Como vocês apreendem (enxergam) a atuação multiprofissional dentro da equipe onde trabalham? E com as equipes de outros setores? **Análise de implicação, Institucionalização e diretrizes do SUS**
 - 8) SAÚDE MENTAL x ATENÇÃO BÁSICA. Como vocês percebem a relação atenção básica e a saúde mental no município onde trabalham? E como isso se apresenta dentro do Bem Viver? **Institucionalização e tensões atenção básica e saúde mental**
- **Captar em todas as questões como os profissionais concebem a integralidade no trabalho no SUS. (se necessário aguçar falas que transpareçam mais este aspecto)**
 - **Ressaltando que estas questões são condutoras do debate, mas poderão durante a condução dos grupos focais a elaboração de novos questionamentos.**

APÊNDICE III

Entrevista Semiestruturada:

1 –O que motivou a idealização do Programa Bem Viver?

2- Como era a realidade de atenção à saúde mental da região no contexto de sua implantação?

3 – Como foi a tramitação com o CISVER?

4- O que mudou com implantação do Bem Viver?

5- Quais mudanças tiveram no programa durante todo seu período de funcionamento?

6- O que você considera como característica fundamental do programa?

APÊNDICE IV

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo “O programa Bem Viver como analisador da relação saúde mental e atenção básica em municípios de pequeno porte”.

Os avanços nesta área ocorrem através de estudos como este, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é compreender como é realizado o trabalho do psicólogo na atenção básica em municípios de pequeno porte.

Caso você participe, será necessário responder um questionário de autopreenchimento com informações pessoais básicas e participar algumas reuniões, em grupo de 4 a 10 pessoas, para discussão sobre tópicos relacionados ao tema a atuação do psicólogo no programa Bem Viver: a relação entre saúde mental e atenção básica em municípios de pequeno porte.

Não há riscos ou desconfortos no estudo. Não será adotado nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo profissional. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um número.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO.

Eu, _____, li e/ou ouvi o

(nome do voluntário)

esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não afetará minha vida profissional. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo.

São João del-Rei,//.....

Assinatura do voluntário

Documento de identidade

Assinatura do pesquisador responsável

Telefone de contato do pesquisador: (32) 3379-2457

Em caso de dúvida em relação a este documento, você pode entrar em contato com o Comissão Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de São João del-Rei – cepes@ufsj.edu.br/ (32) 3379-2413.