Auryana Maria Archanjo

**Entre o privado e o coletivo: a atuação do
psicólogo em Unidades Básicas de Saúde da
Coordenadoria de Saúde centro-oeste da cidade de
São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

São Paulo
2010

Auryana Maria Archanjo

**Entre o privado e o coletivo: a atuação do
psicólogo em Unidades Básicas de Saúde da
Coordenadoria de Saúde centro-oeste da cidade de
São Paulo**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina
da Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Mestre em Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

São Paulo
2010

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Archanjo, Auryana Maria

Entre o privado e o coletivo : a atuação do psicólogo em Unidades Básicas de Saúde da Coordenadoria de Saúde centro-oeste da cidade de São Paulo / Auryana Maria Archanjo. -- São Paulo, 2010.

Dissertação(mestrado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientadora: Lilia Blima Schraiber.

Descritores: 1.Saúde Pública 2.Psicologia Clínica 3.Profissional da saúde
4.Políticas públicas de saúde 5.Saúde mental

USP/FM/DBD-194/10

Aos meus pais, *Marise e Antonio*,
pelo amor incondicional e pelo
acolhimento nos momentos
cruciais deste trabalho

AGRADECIMENTOS

Ao CNPq pelo financiamento disponibilizado à realização da pesquisa.

À orientadora Lilia Blima Schraiber, pela atenção nos momentos decisivos e pela liberdade na produção do conhecimento.

A André Mota, Mary Jane Paris Spink e Ricardo Rodrigues Teixeira pela leitura e sugestões no exame de qualificação.

A Ianni Regia Scarcelli, que possibilitou que eu fosse mais do que uma monitora em sua disciplina no Programa de Aperfeiçoamento de Ensino (PAE), mas fez de mim sua companheira de trabalho em constantes trocas e reflexões.

A Evaldo Shinji Kunyoshi da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste, pela atenção e interesse em auxiliar-me na entrega do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética da Secretaria de Saúde da Prefeitura de São Paulo.

À supervisão técnica de saúde Lapa-Pinheiros e Butantã, nas figuras de Isabel e Regina Maia, com quem foram feitos os contatos para divulgação da pesquisa aos serviços de saúde.

Aos professores Miriam Krasilchik da Faculdade de Educação e Marcelo Afonso Ribeiro do Instituto de Psicologia, que através de suas disciplinas “Metodologia do Ensino Superior” e “Trabalho, desemprego e novas formas de carreira” contribuíram muito para meu aprendizado.

À professora Maria Elisabeth Leuba Salum, do Centro de Línguas FFLCH/USP com o curso “Redação acadêmica para pós-graduação”.

A Fátima Araújo, que gentilmente se disponibilizou em deixar uma cópia de seu artigo no Departamento de Medicina Preventiva.

À Denise Zakabi, à Juliana Ribeiro e a Maria Inês, companheiras de pós que se tornaram amigas na jornada da vida.

Um especial reconhecimento a Lilian, secretária da pós-graduação, pela sempre gentileza, atenção e competência com que passou todo tipo de informação necessária.

Outro especial reconhecimento às participantes da pesquisa, sem as quais não seria possível a realização desse trabalho.

Aos membros da banca pela disponibilidade e oportunidade na troca de conhecimentos.

E a muitos outros que contribuíram enviando por email suas dissertações, teses e artigos, sugerindo bibliografias e oferecendo suas opiniões e sugestões de diversas partes do país. São eles: Albina Rodrigues Torres, Carlos Botazzo, Heloísa Hanada, Herculano Campos, Jefferson Bernardes, João Antônio Damásio Abid, João Leite Pereira Neto, Magda Dimenstein, Márcia Thereza Couto Falcão, Marco Antonio Figueiredo, Maria Cristina Vicentin, Marina Peduzzi, Oswaldo Yamamoto, Rosalina Carvalho da Silva e Rosana Onocko.

***“E uma das condições necessárias a pensar certo é não estarmos
demasiado certos de nossas certezas”***

(Freire, 1996, p. 27-28)

Esta dissertação está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors* (Vancouver)

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Serviço de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 2ª ed. São Paulo: Serviço de Biblioteca e Documentação; 2005.

Abreviatura dos títulos dos periódicos de acordo com *Lista of Journals Indexed in Index Medicus*.

SUMARIO

Lista de Quadros

Lista de Siglas

Resumo

Summary

Prólogo

Os bastidores da pesquisa

Apresentação

Das experiências profissionais à escolha do objeto

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	14
As instituições e o cotidiano dos trabalhos	14
1. A Análise Institucional no exame das instituições	14
2. Teoria do Trabalho em Saúde: relativização do conceito de ‘profissão’ e o devir institucional	19
CAPÍTULO II	25
Profissionalização da psicologia no Brasil:	25
movimentos de institucionalização da Psicologia Clínica	25
1. Antecedentes	25
2. Período Profissional	28
CAPÍTULO III	49
Saúde mental na Atenção Básica à Saúde:	49
os movimentos das políticas públicas de saúde em São Paulo	49
e a inserção do psicólogo	49
1. Políticas de Saúde Mental na Atenção Básica a Saúde no Estado de São Paulo	49
2. O Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo e sua interface com a Saúde Mental	66
2.1 Gestão Luíza Erundina (1989-1992)	67
2.2 Gestões Paulo Maluf (1993-1996) e Celso Pitta (1997-2000)	70
2.3 Gestão Marta Suplicy (2001-2004)	71
2.4 José Serra (2005-2006) e Gilberto Kassab (2007-atual)	73
CAPÍTULO IV	78
Metodologia	78
1. Considerações éticas	79

2. Participantes da pesquisa.....	81
3. Local da pesquisa: a UBS.....	82
4. O Roteiro de Entrevista	83
5. Trabalho de Campo	85
6. Caminhos da Análise.....	88
CAPÍTULO V	91
Análise e Discussões dos Dados	91
1. Caracterização das participantes	91
2. A escolha pela profissão.....	92
3. Formação	94
4. Trajetória Profissional	102
4.1 Escolha pelo serviço público/saúde pública.....	102
4.2 Atuação profissional geral (exceto UBS).....	105
5. O psicólogo em UBS.....	110
5.1 <i>Histórico</i>	110
5.2 <i>Conceito geral de saúde e de atenção básica à saúde</i>	114
5.3 <i>O leque de ações da atuação profissional em UBS</i>	120
5.4 <i>Especificidade do psicólogo na atenção básica à saúde</i>	134
5.5 <i>Demandas da vida: entre a demanda de saúde e a demanda social</i>	137
5.6 <i>Percepção do psicólogo sobre como é visto por usuários, por outros profissionais e pela gerência da UBS</i>	156
5.7 <i>Determinantes institucionais</i>	162
6.0 Reflexões sobre a atuação em UBS.....	179
Conclusões	190
À guisa de Encerramento	209
Bibliografia	211
ANEXOS	223
Anexo A – Aprovação no Comitê de Ética da CAPPesq.....	224
Anexo B – Aprovação no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de	225
Anexo C – Adendo ao Projeto quanto ao título da dissertação.....	227
(CEP-SMS).....	227
Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	228
Anexo E – Roteiro de Entrevista.....	229
Anexo F – Tabela de indicadores básicos por bairro	232

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Características das entrevistas.....	86
Quadro 2 – Estrutura de Análise	90
Quadro 3 – Cursos de especialização e extensão realizados pelas entrevistadas.....	98
Quadro 4 – Atividades gerais realizadas pelas participantes em UBS.....	133
Quadro 5 – Atividades externas ligadas à UBS	133
Quadro 6 – Práticas consideradas inovadoras em UBS	134
Quadro 7 – Equipamentos para onde as entrevistadas encaminham e/ou recebem usuários	145
Quadro 8 – Contato com recursos da comunidade	146
Quadro 9 – Demanda para o psicólogo em UBS	154
Quadro 10 – Profissionais citados como equipe geral e equipe de saúde mental em UBS	169
Quadro 11 – Alocações das entrevistadas durante o PAS.....	174
Quadro 12 – Principais reclamações quanto ao respaldo profissional.....	175
Quadro 13 – Disciplinas e áreas do conhecimento citadas como fundamentais para a atuação do psicólogo em UB.....	181

LISTA DE SIGLAS

AACD	Associação de Assistência à Criança Deficiente
ABEP	Associação Brasileira de Ensino em Psicologia
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
ABRATA	Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos
ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADI	Auxiliar de Desenvolvimento Infantil
AMA	Assistência Médica Ambulatorial
AIS	Ações Integradas à Saúde
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
APC	Atuação Psicológica Coletiva
CAPPesq	Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CBO	Catálogo Brasileiro de Ocupações
CECCO	Centro de Convivência e Cooperativa
CEP-SMS	Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
CEU	Centro de Educação Unificado
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CRP-SP	Conselho Regional de Psicologia – Sede São Paulo
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CS	Centro de Saúde
CSC	Coordenadora de Saúde da Comunidade
CSEB	Centro de Saúde-Escola Butantã
CSM	Coordenadoria de Saúde Mental
DETRAN	Departamento Estadual de Trânsito - SP
DS	Distritos de Saúde
DST	Doença Sexualmente Transmissível

EMEI	Escola Municipal de Educação Infantil
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEBEM	Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor
FMUSP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
FSP-USP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
FUNDAP	Fundo de Desenvolvimento Administrativo
HD	Hospital-Dia
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
ISOP	Instituto de Seleção e Orientação Profissional
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
MADA	Mulheres que amam demais
MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
MNLA	Movimento Nacional da Luta Antimanicomial
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
ONG	Organização Não-Governamental
OSS	Organização Social de Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário da Saúde
PAP	Programa de Aprimoramento Profissional
PAS	Plano de Atendimento à Saúde
PMS	Programa Metropolitano de Saúde
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PS	Pronto Socorro
PSF	Programa Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
SENAC	Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial
SES	Secretaria Estadual da Saúde
SESC	Serviço Social do Comércio
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SMS	Secretaria Municipal da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TEP	Técnicas de Exame Psicoterápico
T.O.	Terapeuta Ocupacional
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar

RESUMO

Archanjo AM. *Entre o privado e o coletivo: a atuação do psicólogo em Unidades Básicas de Saúde da Coordenadoria de Saúde centro-oeste da cidade de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Este estudo teve por objetivo mapear e compreender a atuação do psicólogo em Unidades Básicas de Saúde (UBS), por referência às transformações ocorridas nas UBS decorrentes de diversas políticas de saúde, entre elas a de saúde mental, que propiciaram a institucionalização da prática clínica em psicologia neste espaço. Adotando-se a pesquisa qualitativa, foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com dezessete psicólogas em dez UBS da Coordenadoria de Saúde centro-oeste da cidade de São Paulo. A análise dos dados foi de conteúdo do tipo temático e se tomou por referencial teórico-conceitual a produção em análise institucional, em estudos sobre o trabalho em saúde e sobre a história da psicologia como profissão. Tendo-se como pressuposto a mútua influência entre o que o psicólogo realiza no serviço e o que é exigido dele como representante de uma categoria profissional e como funcionário de uma instituição de saúde, defende-se a tese do processo entre instituído-instituente, como negociação constante de diferentes instâncias da prática clínica institucionalizada do psicólogo, que ora permite ações conjuntas e ora gera tensões, que podem tanto contribuir na manutenção do que já está dado, quanto permitir a criação de novas situações. Por isso, o estudo discute a profissionalização da psicologia após ser regulamentada em 1962 (fator específico da profissão), a conjuntura sócio-política do Brasil e de São Paulo a partir desse período (fator contextual), e a inter-relação entre ambos que contribuiu para uma significativa inserção de psicólogos em serviços públicos de saúde a partir de 1980. Até então, a profissão tinha como principal foco formativo a prática clínica tradicional, caracterizada no mercado de trabalho como profissão liberal realizada em consultório privado. A inserção em UBS trouxe uma nova forma de organização do serviço e subordinou a prática clínica do psicólogo a regulações de ordem político-institucional. A nova possibilidade de atuação, emergindo como articulação das práticas clínica e sanitária, colocou duas atuações distintas daquelas para a qual o psicólogo se formou: uma clínica modificada e regulada por sua institucionalização, e uma possível atuação na prevenção e promoção à saúde. Os resultados revelaram mudanças observadas, principalmente, na formação geral em saúde (multireferencialidade teórico-prático, ações intersetoriais); na prática clínica (clínica ampliada, flexibilização do *setting* terapêutico, diversificação de recursos); no contexto institucional (assalariamento, perda relativa da autonomia sobre a organização e a produção dos serviços, diversificação da clientela), e em relação à própria profissão (contribuição para seu reconhecimento e legitimação social), e também tensões entre ações curativas e preventivas; entre as expectativas do que o psicólogo faz (real) e deveria fazer (ideal) em UBS; entre especialismos e uma possível desespecialização com perspectiva ampliadora do agir profissional; entre a pressão por produtividade e a qualidade no trabalho prestado, bem como compartilhado com outros profissionais, e entre diferentes gestões político-administrativas, que interpretam e implantam as políticas de saúde de formas diversas nem sempre condizentes com as expectativas profissionais.

Descritores: Saúde Pública, Psicologia Clínica, Profissional de saúde, Políticas públicas de saúde, Saúde mental.

SUMMARY

Archanjo AM. *Between private and collective: the psychologist work in Primary Healthcare Centers of the Central-West Healthcare Coordination from São Paulo* [dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

This research project aimed at mapping and understanding the psychologist's work in Primary Healthcare Centers (PHC), related to the transformation occurred in PHCs due to different health policies, among them the mental health policies that provided the clinical practice in Psychology in this place. Using qualitative research, semi-structured interviews were done with seventeen psychologists who worked at ten PHCs belonging to the Central-West Healthcare Coordination of the city of São Paulo. The data analysis was based on a thematic-type content and the production on the institution analysis, studies about work in the health area and the history of Psychology as a profession were taken as a theoretical-conceptual reference. Having as assumption the mutual influence between what the psychologist does at work and what is required of him as a representative of a professional category and as an employee of a health institution, the continuous process thesis is defended between instituted-institutes, as a constant negotiation among different instances of the psychologist's institutionalized clinical practice. This process allows conjoint actions but can generate tension, which can contribute for the maintenance of what already exists, or allow the creation of new situations. Because of this, the study considers the Psychology professionalization after its regulation in 1962 (profession-specific factor), the social political conjuncture of Brazil and São Paulo since then (contextual factor), and the interrelation between both, which has contributed for a significant insertion of the psychologists in the public health services since 1980. Until then, the profession had the traditional clinical practice as the main formative target, characterized in the work market as an independent professional executed in private consulting rooms. The insertion into PHCs brought a new way for work organization and subjected the psychologist's clinical practice to political and institutional regulations. Emerging as an articulation of the clinical and sanitary practices, the new work possibility provided two different activities than what the psychologist studies for: a changed and regulated clinic due to the institutionalization, and health prevention and promotion. The results revealed *changes* mainly observed in the general health studies (theoretical-practical multi-referentiality, training for intersectorial actions); in the clinical practice (amplified clinic, flexibilization of therapeutic setting, resources diversification); in the institutional context (salary basis, related autonomy loss upon the organization and service production, customer amplification and diversification), and related to the profession (contribution for recognition and social legitimation), and *tensions* between curative and preventives actions; between the expectations about what the psychologist does (real) and must do (ideal) in PHCs; between specialisms and a possible despecialization with amplifying perspective of the professional acts; between pressure for productivity and quality in the work provided or shared with other professionals, and between different political-administrative management policies, which elucidate and implement health policies in different ways, sometimes not consonant with the professional expectations.

Keywords: Public Health, Psychology Clinical, Health Personnel, Health Public Policy, Mental Health.

PRÓLOGO

Os bastidores da pesquisa

Décima sétima e última entrevista. Depois de vários contatos telefônicos; ajustes burocráticos com a Coordenadoria de Saúde da Região Centro-Oeste; com as supervisões de saúde mental, gerentes e psicólogos das Unidades Básicas de Saúde (UBS); com a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo; aprovação em dois Comitês de Ética; muitas ligações em UBS; recados dados a terceiros com retornos de ligações, quase todas com aceitação em participar da pesquisa, e conversas e mais conversas na tentativa de conciliar os horários das agendas, a pesquisa de campo estava chegando ao fim – ou início – se contarmos que esta primeira etapa seria o começo da lapidação da pedra bruta: a análise. Alguns encontros foram rápidos, outros demorados, outros necessitaram de um segundo encontro. Algumas participantes leram atentamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, fizeram perguntas; outras o receberam e somente ouviram mais uma vez os esclarecimentos. Risos, choros, indignações, mágoas, alegrias, cansaço, frustrações permearam as falas. O planejado unido ao imprevisto fez parte do processo: algumas falhas nas gravações e salas pouco silenciosas e algumas pouco sigilosas pontuaram o que estava por trás daquelas portas: movimentação, conversas, encontros. As entrevistas foram realizadas total ou parcialmente em UBS; crianças choravam, gritavam, brincavam e corriam; pessoas e profissionais conversavam; recreio de escola e barulho de carros podiam ser escutados ao fundo das gravações. Uma entrevista foi realizada ao lado da sala de vacina, onde o choro de crianças imperava; algumas interrupções por terceiros (usuários e/ou funcionários) também foram feitas ou porque aquela era a única psicóloga da UBS e precisava ser solicitada em algum momento ou porque o local da entrevista era dividido por outras profissionais que precisavam entrar para pegar seus pertences ou por algum outro motivo qualquer, programado ou não.

O primeiro encontro da última entrevista talvez tenha sido para fechar com chave de ouro. Em uma tarde de quarta-feira sob o calor do verão a

pesquisadora/entrevistadora pegou dois ônibus com o roteiro de entrevista, gravador, fitas, Termo de Consentimento, e se deslocou até a Unidade Básica de Saúde, a mais afastada que havia ido até então. Ao chegar, informou à recepção sobre sua presença para que a psicóloga entrevistada fosse avisada. Nesse ínterim, a pesquisadora procurou um lugar para beber água; o primeiro bebedouro não funcionava, então, perguntou ao segurança se havia algum outro e ele indicou o bebedouro da Assistência Médica Ambulatorial (AMA), que sabia estar funcionando. O que separava a AMA da UBS era somente um corredor, não havia divisórias. Em seguida, em aguardo na sala de espera no segundo andar, estavam presentes vários usuários entre crianças, mães e seus bebês, gestantes e idosos que esperam suas consultas em meio a conversas. Alguns homens, geralmente acompanhando suas esposas e filhos, também estavam presentes e funcionários cruzavam o corredor constantemente. Uma chuva de verão começou a se armar. Uma moça de máscara sentou ao lado da pesquisadora e iniciou uma conversa. Após um tempo, foi perguntado o que ela fazia na UBS e a moça respondeu estar fazendo tratamento para tuberculose. Em uma televisão de plasma ligada passavam informativos e entrevistas sobre saúde, mas era impossível ouvir o que se dizia. No canto da sala havia outro bebedouro (agora funcionando) e uma caixa de sugestões e reclamações com alguns papéis dentro. Do lado de fora iniciou a tempestade com uma ventania que zunia nas frestas das janelas; os usuários da sala de espera se alvoroçaram, o vento do lado de fora assustava, cantava, assobiava e um enorme galho de árvore se quebrou e caiu sobre um carro estacionado dentro dos muros da UBS; as pessoas se levantaram e comentaram não haver pessoas dentro do carro; de repente, chegou uma funcionária e, com calma e voz branda, pediu para as pessoas se sentarem e se acalmarem até que a chuva amenizasse; alguns permaneceram de pé, outros se sentaram, mas todos queriam ver a árvore quebrada sobre o carro; comentários foram feitos. Aos poucos os ânimos se acalmaram, mas a chuva e o vento deixaram todos apreensivos. Em seguida, aquela funcionária chamou o nome da pesquisadora; era a psicóloga até então desconhecida pessoalmente. Em sua sala de atendimento e em meios a uma mesinha infantil, carteiras escolares, um armário e uma mesa de madeira foi feito um breve comentário sobre a chuva e se iniciou a entrevista ao som de relâmpagos e trovoadas. Mais tarde, a entrevistada comentou através de seu relato que a árvore

quebrada não era qualquer árvore, mas fazia parte da história daquela UBS e que a própria psicóloga a havia ajudado a plantar anos atrás. Após a entrevista e pronta para tomar o caminho de volta, o céu já estava limpo, o sol já brilhava e o galho da árvore permanecia sobre o carro no pátio interno da UBS.

Este prólogo é apenas um pequeno retrato do que foi fazer esta pesquisa e também do que foi extraído das falas das entrevistadas sobre sua atuação diária em UBS, espaço de movimentos, diversidades, encontros, desencontros, imprevistos, alegrias, tristezas, revolta, luta, resistência, amor. Espaço de altos e baixos, onde, mesmo entre relâmpagos e trovões, o trabalho continua até que o sol brilhe novamente; se o que vem “de cima” gera a ruptura, conforme o vento que quebrou o galho da árvore, o primeiro momento pode ser de paralisia, indignação, desesperança, confusão, mas se reconstrói, se recria e se adapta também; afinal, a história se faz nesse processo constante de construção e desconstrução.

APRESENTAÇÃO

Das experiências profissionais à escolha do objeto

Em 2004, a autora entrou no Programa de Aprimoramento Profissional (PAP) promovido pela Fundação de Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP). Tal Programa corresponde a uma modalidade de ensino *lato sensu*, que oferece uma bolsa a profissionais da área da saúde não médicos a exercerem treinamento em diversos serviços ligados ao Sistema Único de Saúde. A manutenção do Programa é feita pelo governo do Estado de São Paulo, sob responsabilidade da Secretaria Estadual de Saúde (Bogus et. al., 2000. p. 9).

A autora havia acabado de sair da graduação em Psicologia e trazia questionamentos e dúvidas do caminho a seguir dentre as diversas possibilidades existentes. Apesar de uma formação muito técnica voltada, principalmente, à aplicação de testes psicológicos e à aprendizagem das principais linhas teóricas, sempre com a pressão de se definir entre uma delas, a autora realizou muitos estágios curriculares e extracurriculares em diversas áreas dentro da psicologia (Psicologia Institucional em abrigo; estágio em hospital geral, em pronto-socorro oncológico e em hospital psiquiátrico; estágio em Psicologia Jurídica na Fundação Casa*, em mediação de conflitos e em brinquedoteca com crianças vítimas de violência; aulas e projeto de Orientação Profissional em escolas públicas e com paralisia cerebral; estágio em Psicologia Organizacional, dentre outros), que lhe propiciaram experimentar as riquezas e as dificuldades do trabalho institucional e de uma equipe multiprofissional. Ao mesmo tempo, foi possível perceber que, por mais que houvesse um “script” de técnicas e teorias, que permitia certa segurança em relação à prática, a vivência com o outro no momento do encontro envolvia aspectos que iam além de uma interpretação psicológica ou de uma descrição de qualquer psicopatologia. O dia-a-dia institucional traz em suas entrelinhas sutis nuances das relações humanas, que envolvem comentários de um, divergências de outros, troca de olhares, hierarquias, pressões e normas, que humanizam sua dinâmica. E o dia-a-

* Antiga Fundação Estadual do Bem-Estar do Menor (FEBEM)

dia com outros profissionais permite adentrar fronteiras para além da psicologia, o que possibilita tanto perceber limites, quanto abrir novos caminhos.

A escolha pelo aprimoramento em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) desenvolvido no Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa (CSE-Butantã) veio ao encontro de se continuar desenvolvendo um trabalho institucional e em equipe multiprofissional. Era um espaço novo de atuação ainda não experimentado dentre os estágios realizados e não se tinha clareza do que o psicólogo poderia desenvolver no Centro de Saúde. Assuntos voltados à saúde coletiva/saúde pública, à educação em saúde, à epidemiologia, ao SUS, e a políticas públicas não foram abordados durante a graduação e este aprendizado foi sendo construído junto aos professores e à equipe do CSEB ao longo de um ano de aprimoramento.

A expectativa inicial era desenvolver um trabalho mais direto com as pessoas em seus locais de moradia, através de visitas domiciliares, de conhecer suas necessidades gerais (não só problemáticas de doenças, mas questões sociais, emocionais e culturais); compreender melhor, a partir da experiência dos moradores, as dinâmicas daquela comunidade^{*} específica e os recursos existentes tanto de acesso quanto para o enfrentamento de problemas locais. Mais do que pensar nas questões individuais, havia a vontade de atuar com grupos populacionais e pensar as formas coletivas de resolução de suas demandas. Contudo, à época, um incômodo se fez presente ao ser percebido que as ações do psicólogo do aprimoramento se restringiam praticamente ao Setor de Saúde Mental tendo como atividade básica o atendimento clínico individual supervisionado. Hoje em dia, é possível compreender que o aprimorando tem um lugar diferente dos outros profissionais do serviço. As exigências e a relação com a chefia, por exemplo, são outras e a dinâmica de trabalho que já vinha sendo estruturada precisava ser mantida. Além disso, é importante deixar claro que o próprio Setor de Saúde Mental realizava outras atividades em grupo, que não envolviam os aprimorandos, exceto os estudos de caso.

Foi através dessa experiência, que a autora passou a questionar, de forma geral, a atuação dos psicólogos inseridos em espaços como aqueles onde havia feito

^{*} O que o autor chama de comunidade corresponde à área de abrangência da UBS e é desta forma que este termo será utilizado até o final do estudo. Não cabe neste trabalho uma discussão mais ampla sobre tal conceito.

estágios, incluindo os de saúde. Como definir a atuação deste profissional e sua especificidade em locais onde se lida com questões complexas, que se inter-relacionam e precisam de ações que, não excluem um entendimento psicológico individual, mas integram outros saberes, outros profissionais e outras práticas diferentes daquelas que o psicólogo considera como sendo familiar e definidora do que ele é enquanto profissional? Será que o atendimento clínico individual era a única possibilidade? Se sim, qual a abrangência do mesmo pensando na atuação em Saúde Pública, uma vez que o foco principal da prática clínica tradicional é o indivíduo e suas problemáticas internas? No CSEB, será que o trabalho tinha que ser restrito ao Setor de Saúde Mental? Tantas atividades eram desenvolvidas por outros setores que poderiam envolver psicólogos, como grupos educativos com enfermeiros, grupos de sala de espera, visita e atendimento domiciliar e mesmo um contato maior com recursos comunitários (escolas, ONG, Centros Comunitários) e com os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), os quais poderiam fornecer importantes informações sobre a área de abrangência e sobre os usuários do serviço. Pode-se dizer que, parte da monografia¹ de aprimoramento foi uma tentativa de experimentar novos caminhos por outros campos de saberes e práticas e, mais do que definir o lugar da Psicologia dentro da Saúde Pública/Coletiva, a proposta era pensar possibilidades de encontros e diálogos em um campo, primeiramente, interdisciplinar.

Estes questionamentos acompanharam a autora em outros trabalhos posteriores com crianças e adolescentes de regiões periféricas da cidade de São Paulo. Apesar de não serem trabalhos ligados diretamente à saúde², abrangiam uma complexidade de temáticas que incluía a saúde e questões de ordem socioeconômica, ambiental, comunitária, cultural, jurídica, dentre outras. O trabalho em periferia exibiu a realidade da desigualdade social, cujo impacto no exercício profissional do psicólogo é intenso, pois coloca para sua prática questões de ordem econômico-social e política, para as quais a formação deste profissional não faz frente.

¹ Archanjo AM. *Um pé cá, outro lá: a utilização da análise estrutural de redes para o estudo das relações sociais dos agentes comunitários de saúde do Centro de Saúde-Escola Samuel B. Pessoa* [monografia]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2005. (Texto mimeo)

² A parceria era de uma ONG com a Secretaria da Justiça e, em outro momento, com a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social da cidade de São Paulo.

Portanto, o mestrado se constituiu em um processo de reflexão mais amplo que envolveu experiências da autora desde a graduação em Psicologia até sua atuação profissional posterior.

Pode-se perguntar: Por que, então, a área da saúde como foco de estudo e não a relação entre psicologia e assistência social, ou psicologia jurídica, ou mesmo psicologia no terceiro setor (em ONG, por exemplo)?

Conforme colocado, foi, principalmente, no aprimoramento em saúde coletiva que as questões relacionadas à atuação do psicólogo se tornaram mais intensas. A experiência profissional em outros campos da psicologia após o aprimoramento permitiu transpor fronteiras e fazer um trabalho de saúde mental pensando contribuições da saúde coletiva, interface ainda pouco explorada, mesmo sabendo que essa transposição a outras áreas e campos de intervenção é apenas um recorte do olhar, dentre outros recortes possíveis.

Ao mesmo tempo, a saúde mental e, em especial, a psicologia, ainda procura um espaço de diálogo com a saúde pública/coletiva, onde possa oferecer contribuições, experimentar outras possibilidades neste campo e descobrir seus limites nessas relações. E os diálogos neste estudo foram diversos de norte a sul do país. Muitos profissionais e estudiosos já estão pensando esta relação e tentando articulá-la, tarefa nada fácil já que envolve grupos de interesse no interior do mercado de trabalho profissional e nas próprias políticas públicas de saúde.

Portanto, era momento de retornar ao campo da saúde para pensar a atuação do psicólogo na dinâmica institucional, e nada melhor do que escolher um espaço onde a diversidade se faz presente: a UBS. Esta tem o psicólogo como mais um da equipe geral; não é uma instituição como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e os ambulatorios especializados, onde as equipes são preparadas para atender uma demanda específica. Esta característica da UBS propicia o contato com uma diversidade de demandas e problemáticas, que seriam difíceis de serem abarcados por um único campo de prática e saber, como afirmam Schraiber, Nemes e Mendes-Gonçalves (2000).

Torna-se um desafio alçar vôo por outros terrenos. É uma vivência intensa de relações dialogais que ora se permitem falar e se aproximar, ora se distanciam no silêncio. As redes nem sempre são coesas, a comunicação nem sempre é

disponibilizada, os encontros nem sempre revelam a riqueza do não dito. Apesar de árduo, difícil e mobilizador de ansiedades, este transitar é o que revela a complexidade do humano e permite pensar o que nos estagna e nos limita e o que nos permite inovar, criar e recriar.

A esta altura, tem-se como referência tanto às relações estabelecidas no meio acadêmico quanto às relações percebidas através dos conteúdos das falas das entrevistadas nesse estudo. O trabalho vivo e a tecnologia leve (Merhy, 2002, p. 49)³, em que o processo de trabalho é governado pelas relações, pela produção de vínculos, de autonomia, ultrapassam a burocracia institucional e o isolamento das especializações e são cada vez mais vistos como necessários.

Mas esse transitar ainda é humilde e um processo de aprendizagem constante. É preciso caminhar devagar, tatear o possível e deixar em aberto outras possibilidades a serem investigadas e exploradas. É com este cuidado que este estudo foi construído: um diálogo atento aos limites de uma dissertação de mestrado, aos limites do conhecimento possível para tal. E o limite não é visto como o que impede, paralisa, mas como o que possibilita a abertura, a troca e o caminhar constante.

Como disse Lourau (1993) em um dos cinco encontros realizados com o autor na Universidade do Estado do Rio de Janeiro, não é fácil analisarmos a implicação do lugar que ocupamos ativamente no mundo. Implicar-se com uma pesquisa é tentar aproximar o ato de pesquisar e o momento que a pesquisa ocorre na construção do conhecimento; é o conjunto das condições da pesquisa, inclusive, as financeiras. É sair da suposta neutralidade. Falar sobre a vivência cotidiana do campo e mostrar como realmente se faz a pesquisa (seus bastidores, como descrito brevemente no prólogo); é colocar o pesquisador implicado no processo, o qual também o torna passível de análise. Afinal, a construção de um objeto de estudo e a formulação de questões sobre ele não são isoladas da historicidade em que o próprio pesquisador se encontra.

³ Merhy classifica as tecnologias entre dura (equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais), leve-dura (saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e leve, que diz respeito às relações estabelecidas entre profissional-usuário; aqui, pode-se pensar também nas relações estabelecidas entre profissionais de saúde entre si, com os usuários e com as instituições de saúde como um todo, conforme este estudo propõe.

INTRODUÇÃO

O estudo aqui proposto tem como objetivo analisar a atuação do psicólogo em Unidades Básicas de Saúde (UBS) através das transformações ocorridas com a institucionalização da prática clínica neste serviço de saúde.

Os objetivos específicos é mostrar como ocorre o cotidiano da prática, os caminhos percorridos, a como o psicólogo percebe sua atuação neste espaço a partir das relações que estabelece com os usuários/demanda, com outros profissionais, com a organização do serviço e com a comunidade, e o que a inserção institucional trouxe de novo para sua prática, pontos estes que serviram de base para o roteiro de entrevista e que estão brevemente dispostos abaixo:

1. Analisar a maneira como o psicólogo percebe sua atuação em UBS;
2. Analisar como o psicólogo percebe suas relações com os usuários/demandas do serviço;
3. Analisar como o psicólogo percebe as relações estabelecidas com os outros profissionais da UBS;
4. Analisar como o psicólogo lida com os aspectos voltados à organização do serviço em UBS;
5. Identificar a realização de trabalho comunitário;
6. Reflexões gerais sobre a atuação em UBS.

Desde a década de 1980, quando iniciou de forma significativa a inserção do psicólogo em serviços de saúde pública, as principais críticas sobre sua atuação em UBS estavam focadas em questões relacionadas, principalmente, à formação profissional, a qual daria ênfase à clínica tradicional – baseada na prática ao molde liberal e realizada em consultório particular –, e não abrangeria a complexidade da área da saúde pública, uma vez que as ações se voltavam a um indivíduo a-histórico, descontextualizado e enquadrado em teorias pré-concebidas, sendo possível, portanto, haver relativo controle sobre os aspectos sociais que envolviam a inserção das pessoas no mundo (Dimenstein, 2001; Ferreira Neto, 2004; Barros, 2005).

Unido a tais críticas, o contexto social brasileiro à época também intensificava um pensar crítico sobre aspectos teórico-práticos do psicólogo na saúde pública e em mudanças na atuação deste profissional em UBS ao longo dos anos.

Esse estudo tem como base tanto o processo de profissionalização da psicologia após sua regulamentação com a Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962 (fator específico e relacionado à profissão), quanto à conjuntura sócio-política do Brasil a partir desse período (fator contextual), cujos interesses em certo momento se inter e entrecruzaram e facilitaram uma expansão no mercado de trabalho do psicólogo e sua institucionalização na saúde pública a partir da década de 1980.

Partindo dos fatores específicos, a psicologia no Brasil foi uma das primeiras a ser regulamentada no mundo e, como uma nova categoria profissional, mudou-se seu status social. Por um lado, a profissão se restringiu àqueles que, através de longa formação, adquiriam um saber específico e, em certo sentido, inacessível ao leigo. Os profissionais passaram a ter um código de conduta comum, que os tornaram reconhecidos como sendo psicólogos e, ao mesmo tempo, eram fiscalizados em suas ações por Conselhos de Psicologia, a nível nacional e regional. Também se tentou assegurar parte do mercado de trabalho através de funções privativas, as quais somente poderiam ser exercidas pela categoria.

Por outro lado, a partir desse novo status, intensificou-se o debate reflexivo sobre os rumos da profissão e como ela vinha se legitimando socialmente. A expansão do mercado de trabalho, a divulgação da profissão, e o reconhecimento da função social do psicólogo passaram a ser preocupações de uma área recém regulamentada como profissão.

Apesar de historicamente a atuação se concentrar nas áreas Clínica, Escolar e Industrial/Organizacional (Massimi, 1990), os debates sobre a formação e a atuação do psicólogo na saúde se focaram na expansão da clínica, na necessidade de rever os modelos de formação, e de adequar os referenciais teóricos de que derivavam suas distintas propostas terapêuticas à realidade brasileira, enfatizando a importância do conhecimento multidisciplinar. O *social*, e sua diversidade em termos econômicos, políticos e culturais, surgiu como um novo item a ser incluso no currículo de graduação na tentativa de suprir o déficit marcado pela ênfase na prática clínica tradicional.

Em relação aos fatores contextuais alguns pontos merecem destaque. A década de 1970 no Brasil pode ser considerada como transitória entre a ditadura militar e a redemocratização do país, em que diversos movimentos sociais tiveram papel fundamental nesse processo. Dentre eles, dois são significativos para esse estudo: o movimento da Reforma Sanitária e o movimento da Reforma Psiquiátrica.

O movimento da Reforma Sanitária no Brasil se caracterizou pela luta ao acesso universal à saúde e a mudanças nas políticas públicas do setor, depois de décadas de exclusão de grande parte da população à assistência à saúde. Ao mesmo tempo, também propagou um novo olhar sobre o conceito de saúde, ao pensá-lo a partir de seus determinantes sociais e não somente saúde como ausência de doença. Tal movimento foi um dos principais mobilizadores do Sistema Único de Saúde (SUS).

Já o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira vinha de idéias propagadas na Europa desde a década de 1960. Sob influência principal da reforma comandada por Franco Basaglia na Itália, tinha como reivindicação novas formas de tratamento aos portadores de transtornos mentais e criticava o modelo hospitalocêntrico. O tratamento passou a ser pensado como um meio de reintegração social e comunitária através de uma nova forma de lidar com a loucura, e realizado por equipe multiprofissional em equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico. Era um novo modo de pensar o processo saúde-doença, que não se limitava à patologia, mas aos aspectos gerais de vida que esse processo envolvia. Experiências como a de Santos, Campinas e São Paulo serviram de parâmetro para pensar políticas de saúde mental em outras cidades do Estado e do país (Leonardis, Mauri e Rotelli, 1990; L'Abbate e Luzio, 2006).

Outro fator importante em âmbito nacional relacionado a novas ações em saúde foi a crise na Previdência Social, cujo financiamento de internações em hospitais privados, dentre eles em hospitais psiquiátricos, se tornou inviável.

Mundialmente, quando a Organização Mundial da Saúde definiu saúde em 1948 como um “estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de enfermidade”, este conceito já vinha adquirindo uma visão mais ampla e complexa, que tornava difícil pensá-lo somente em termos de ações centradas no modelo biomédico.

A ênfase na atenção básica à saúde passou a ser uma tendência mundial e documentos como a Declaração de Alma-Ata (1978), sobre cuidados primários de saúde, e a Carta de Ottawa (1986), sobre promoção da saúde, passaram a incentivar ações sanitárias locais e com participação de diferentes profissionais e da comunidade. Melhores condições de saúde foram relacionadas ao desenvolvimento econômico e social de uma nação e o lema era “Saúde para todos em 2000”.

No estado de São Paulo, mudanças significativas em relação às políticas de saúde mental passaram a ocorrer a partir da década de 1970, já com a tendência de formar profissionais vinculados aos então chamados *centros de saúde* para desenvolverem trabalhos comunitários. Segundo Hoisel-Pitta (1984), a primeira tentativa de atuação multiprofissional em um centro de saúde teria ocorrido em 1975 em três bairros da cidade de São Paulo.

Na capital, as principais mudanças nas políticas de saúde mental iniciaram com o governo de André Franco Montoro (1983-1987), cujo prefeito da capital à época era Mário Covas Júnior (1983-1986). O movimento da Reforma Sanitária avançava e em 1983 o município aderiu à execução do Programa de Ações Integradas à Saúde (AIS), que permitiu a ampliação da rede ambulatorial e a contratação de equipes multiprofissionais. O Programa Metropolitano de Saúde (PMS) foi outra proposta para implantar um sistema integrado e hierarquizado de saúde, que já pensava vincular uma população delimitada a uma Unidade Básica de Saúde (UBS)⁴.

Neste estudo serão discutidas mais quatro gestões administrativas da capital paulista (Luiza Erundina, Paulo Maluf/Celso Pita, Marta Suplicy e José Serra/Gilberto Kassab) como forma de analisar a influência das políticas públicas de saúde na atuação do psicólogo dentro do serviço. A forma de interpretar e implantar as políticas públicas muda conforme as prioridades das gestões, o que gera repercussões no âmbito assistencial local.

O que ocorreu naquele momento foi uma confluência entre um modo mais amplo de se conceituar saúde, unido a crises sociais e a movimentos que exigiam o acesso universal à saúde, bem como a uma nova maneira de tratamento ao paciente, que priorizava ações de atenção básica a nível comunitário. Tais fatores contribuíram

⁴ Tais temáticas serão discutidas no Capítulo III desse estudo.

para a inserção do psicólogo em instituições de saúde, principalmente, em UBS e ambulatórios (Silva, 1988; Dimenstein, 1998, 2001; Cambraia, 2004; Ferreira Neto, 2004).

Ao mesmo tempo, essas mudanças também influenciaram na concretização da psicologia como profissão, uma vez que estes novos espaços permitiam a expansão do mercado de trabalho, se tornavam propícios para a divulgação da profissão tanto para outros profissionais quanto para a população, e permitiam efetivar a função social do psicólogo, que ao trabalhar mais próximo da comunidade, poderia contribuir com ações voltadas a realidade da população brasileira.

A inserção do psicólogo em instituições de saúde configurou mudanças na prática e dois modos distintos de exercício profissional, que nesse estudo foram chamadas de *Psicologia Clínica Liberal*, a qual corresponde à prática clínica tradicional, e de *Psicologia Clínica Institucional*, ambos caracterizados pela atuação clínica, que não excluem um ao outro e se interrelacionam em muitos momentos dentro da UBS.

As primeiras mudanças corresponderam à expansão no mercado de trabalho pela atuação em novas direções e a outra possibilidade de apreensão dos sujeitos: a população ou os grupos populacionais⁵. A articulação da prática clínica com a sanitária passou a colocar o psicólogo frente a duas atuações distintas daquelas para a qual se formou: uma clínica modificada (regulada por sua institucionalização) e uma possível atuação sanitária (na prevenção e promoção à saúde).

Outra mudança se refere à ruptura do que Albuquerque (1978, p. 63) chamou de *endogamia social*. Quando há uma identidade de classe entre o profissional e seu paciente/cliente, “as condições socioeconômicas e políticas podem passar por acidentais”. Mas quando o psicólogo passou a atuar no setor público e se deparou com novas realidades de existência no mundo, iniciou-se um processo de desestabilização necessário, em que práticas voltadas para um único público, a classe média elitizada, passou a ser questionadas.

Até então, o psicólogo tinha o espaço relativamente seguro do consultório particular, onde aspectos socioeconômicos, políticos, culturais e ambientais podiam

⁵ Estes quase sempre definidos pelo campo da Saúde Pública/Saúde Coletiva em torno dos perfis de adoecimento ou de prevenção e promoção da saúde.

tanto ser mais isolados dos elementos tidos como centrais na formação das subjetividades, quanto não surgirem como elementos de tensão à abordagem clínica dada a homogeneidade de clientela.

Mais uma mudança diz respeito à perda do controle da produção de seu serviço. Quando o psicólogo se institucionaliza, o contexto assistencial passa a definir as atuações profissionais em razão das estruturas dos serviços ou da organização de suas modalidades de produção de assistência. O profissional liberal se torna um assalariado e a autonomia sobre sua prática, bem como a relação com a clientela sofrem mudanças de acordo com os propósitos político-institucionais. Trata-se, portanto, de novas possibilidades, novas formas de relação com outros atores e de imposições das políticas de saúde.

Além disso, o trabalho no serviço público se tornou uma alternativa financeiramente mais estável que a prática clínica ao molde liberal a qual, mesmo permanecendo em alta durante a década de 1980, vinha sofrendo impactos com as crises econômicas mundiais (fim do “milagre econômico” no Brasil, crises do petróleo em 1973 e 1979), que atingiram a classe média, principal consumidora dos serviços psicológicos.

Nesta pesquisa, partiu-se do pressuposto de que existe uma mútua influência entre aquilo que o psicólogo realiza no serviço e aquilo que é exigido dele tanto como representante de uma categoria profissional, quanto como funcionário de uma instituição de saúde. Há um processo de negociação constante com diferentes instâncias, as quais ora se encontram e permitem ações conjuntas, ora se chocam e geram tensões, que podem tanto contribuir na manutenção do que já está dado, quanto permitir o processo de criação.

Esse movimento foi chamado nesse estudo de *relação instituído-instituente*, conceito trazido da Análise Institucional e que representa esse conflito constante e, por vezes, contraditório entre aquilo que é dado e tende à imobilidade e o que é novo e desconhecido. *Institucionalização* para Lourau (1993) corresponde a essa permanente luta entre o que já é conhecido e está dado como algo natural e a-histórico e o que é novo e gera estranhamento. Neste interjogo, todos estão *implicados* de alguma forma e assumem posição e papel que contribuem para que a

instituição seja sempre um campo aberto, em que forças vindas de múltiplos sentidos interajam, negociem e, por vezes, se tensionem.

Outros conceitos da Análise Institucional utilizados serão os de *transversalidade*, *analísadores* e *multireferencialidade*. A *transversalidade* corresponde a todos os *determinantes institucionais* e *transversais*, que fazem a máquina institucional funcionar na mais perfeita ordem. Contudo, conforme tais determinantes vão sendo revelados, junto com eles aparecem os conflitos e o que não está bem adaptado. Os *analísadores* são dispositivos que revelam o que há de oculto e de “invisível” na instituição e que, muitas vezes, assim é necessário ficar para evitar qualquer desestabilização institucional e para manter a imutabilidade. As próprias narrativas nesse estudo se constituem nestes dispositivos, em que conforme vão sendo construídas revelam os determinantes que desestabilizam a atuação do psicólogo em UBS. Desestabilização que não é negativa nem positiva, mas a eterna luta entre instituído e instituinte. Assim, para se analisar algo necessariamente coletivo é necessário utilizar-se da *multireferencialidade*, que corresponde ao uso de diferentes métodos e conceitos, que não se referem apenas aos recursos utilizados pelo pesquisador para a compreensão de seu objeto, mas também pelos profissionais no trabalho institucional.

A análise institucional tenta ser um pouco mais científica ao colocar em pauta suas próprias contradições e trabalhar constantemente “a relação que o pesquisador mantém com seu objeto, o prático com seu campo, o homem com sua vida”. O trabalho teórico não se dissocia do de campo nem da vida cotidiana do pesquisador e, nesse sentido, a suposta neutralidade das ciências é questionada. O pesquisador-analista é sempre um elemento do campo pelo simples fato de estar presente nele e sua ação se caracteriza sempre numa intervenção. O caráter intervencionista do conhecimento faz, necessariamente, do conhecer, um fazer; aproxima-se a noção de teoria e prática e a dicotomia sujeito-objeto fica comprometida, uma vez que sujeito e objeto se revezam na análise de suas implicações (Lourau, 1993; Barros e Passos, 2000; Altoé, 2004, p. 26).

Para pensar as questões relativas à profissão do psicólogo na área da saúde, utilizou-se da Teoria do Trabalho em Saúde, em que o conceito de *profissão* desenvolvido por Machado (1995) e centrado na posse de um saber esotérico foi

relativizado, preferindo-se a noção de *trabalho* como em Schraiber (1993), que abrange de forma articulada tanto as questões relativas à posse de um saber específico quanto às do mercado de trabalho e, em especial, acrescenta o exercício prático desse saber nas condições concretas da atuação profissional, ao adotar o exame dos processos de trabalho no estudo das profissões. Ao analisar as mudanças no modelo de trabalho médico, que passou de uma prática de molde liberal para outra tecnológica e assalariada, o estudo dessa autora serviu de referência para se pensar o processo de institucionalização da psicologia clínica. Conforme já dito, esta, da tradicional psicologia clínica liberal, se ampliou para o trabalho em instituições de saúde pública, operando limites na autonomia sobre a produção dos serviços prestados, já que outros fatores e interesses entraram em cena. É neste sentido que é possível estabelecer um diálogo entre a Análise Institucional e a Teoria do Trabalho em Saúde.

Além disso, considerando-se que os elementos que definem o exercício de uma profissão mudam conforme sua interação com a sociedade, o trabalho em saúde foi pensado em relação com as *necessidades sociais*, ou seja, *necessidades da sociedade* e não estritamente do indivíduo. Para pensar esta relação foram utilizadas as idéias de Mendes-Gonçalves (1992, 1994) e Teixeira (2000; 2004; 2005). A sociedade constrói necessidades que estabelecem mútua relação com as finalidades do processo de trabalho: as finalidades sociais de cada trabalho correspondem à satisfação das necessidades na vida social. Apesar da relação entre ambas poder ser vista como algo natural e já dado, corresponde a construções sócio-históricas, o que faz com que certas finalidades socialmente adotadas em determinada época possam entrar em conflito com eventuais mudanças de necessidades. Instituídos entram, dessa forma, em crise diante de instituintes. E um desses instituintes contemporâneos é sem dúvida a subjetividade, dimensão progressivamente valorizada no campo das intervenções em saúde. Neste sentido, acredita-se que o psicólogo, devido sua formação direcionada à dimensão subjetiva e utilizando como um dos instrumentos de trabalho a escuta do modo como a pessoa vivencia seu processo de saúde-doença, pode contribuir tanto no trabalho mútuo realizado com outros profissionais, quanto para que se desenvolva uma postura de integração entre saberes, procedimentos

técnicos e acolhimento do que o usuário tem a dizer sobre seus modos de vida, numa construção compartilhada de intervenções.

Acredita-se também que a UBS é considerada um espaço facilitador para o desenvolvimento de um cuidado mais global, cujas ações técnicas unidas a relações interpessoais podem impedir a “coisificação” (p. 31) das necessidades, como se as demandas fossem naturais e não construções sócio-históricas (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Nesse estudo, a UBS foi classificada conforme a divisão dos tipos de estabelecimentos⁶ em saúde feita no estudo de Spink (2006) e está dentro da modalidade *Saúde Geral* e do nível de atenção *primária/básica*.

Quanto à relevância da pesquisa, Dimenstein (2001) e Furtado e Onocko-Campos (2006) enfatizam a necessidade de mais pesquisas sistematizadas, tanto nacionais quanto locais, sobre a atuação do psicólogo em instituições públicas de saúde, e esta pesquisa vem contribuir neste sentido. Um importante estudo foi realizado pelo Conselho Regional de Psicologia (CRP-06)⁷ em 1991, que discorria sobre a inserção do psicólogo em UBS no Estado de São Paulo e Mato Grosso do Sul. Atualmente, foi realizada uma pesquisa nacional sobre a prática profissional do psicólogo no SUS (Spink, 2006)⁸, e um novo estudo também nacional sobre a atuação do psicólogo em serviços de atenção básica está em andamento por iniciativa do Conselho Federal de Psicologia e do Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CFP/CREPOP, 2008)⁹. Quanto à atuação do psicólogo em UBS na cidade de São Paulo, não foram encontrados dissertações ou teses que tratavam especificamente do tema, apesar da importância que a cidade teve na inserção de

⁶ Os estabelecimentos em saúde foram divididos em três modalidades (Saúde Geral, Saúde Mental, Programas Especiais e Outros) e níveis de atenção (primária/básica, secundária/especializada e terciária). A **Saúde Geral** foi composta por Centro de Saúde/UBS, Ambulatório Especializado, Hospital Especializado e Hospital Geral; a **Saúde Mental** por CAPS e Hospital Psiquiátrico; os **Programas Especiais** por PSF e AIDS/Hemoterapia, e **Outros** por Escola/APAE, penitenciárias, procedimentos/clínicas, procedimentos/consultório, regulação/gestão. Os Centros de Saúde/UBS e Estratégia Saúde da Família (ESF) foram os serviços classificados como sendo de atenção Primária/Básica.

⁷ Jackson AL, Cavalari CD. Estudo sobre a inserção do psicólogo nas unidades básicas de saúde. São Paulo: CRP, 1991.

⁸ Spink MJP, organizadora. *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. Relatório Final, outubro de 2006.

⁹ Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Atuação dos psicólogos em Serviços de Atenção Básica à Saúde*. Relatório de Pesquisa. Brasília-DF, novembro de 2008.

psicólogos na atenção básica à saúde. Das principais fontes de pesquisa utilizadas para essa dissertação^{*}, encontraram-se estudos (Castanho, 1996; Braga e Moraes, 2007)¹⁰, que focalizaram a atuação deste profissional na atenção básica, mas direcionado à queixa escolar ou na interface com outras áreas da educação. Ao mesmo tempo, muitos estudos sobre o tema foram realizados em outras cidades^{**} do país e serviram de base para se pensar a atuação do psicólogo em UBS na capital paulista.

Outro ponto que expressa a importância dessa pesquisa se refere ao número de psicólogos atuando em UBS. Os dados gerais do estudo de Spink (2006) revelaram que a maioria dos psicólogos que trabalham no serviço público de saúde no país está concentrada em UBS (5.492), seguido de CAPS (2.883) e de ambulatórios especializados (2.319). Este dado não muda por região. No Sudeste (SE), a maior parte dos psicólogos também se concentra em UBS (2.873). Esta é a região que mais tem psicólogos na rede de saúde pública (8.088 contra 2.736 na região Sul, segunda em maior número). No Estado de São Paulo, são 4.129 profissionais, sendo que a maioria (1.235) está em UBS. A atuação do psicólogo na Estratégia Saúde da Família (ESF) ainda é recente e, à época do estudo, concentrava 524 profissionais. Portanto, pensar sua prática nesse espaço se faz imprescindível por ser um importante local de atuação da categoria no setor da saúde.

Ao mesmo tempo, porque esse estudo resgatou a história da inserção do psicólogo nos serviços públicos de saúde e o processo de profissionalização da psicologia em um contexto específico, também revelou a participação da categoria na implantação de políticas públicas de saúde mental e no Sistema Único de Saúde (SUS) na cidade de São Paulo, que foi de extrema importância para movimentos de mudanças dentro da própria área e de abertura da psicologia para outras áreas. Neste sentido, os referenciais teóricos e bibliográficos utilizados na dissertação, bem como

^{*} Biblioteca Virtual de Saúde Psicologia (BVS-Psi); Sistema Integrado de Bibliotecas (SibiNet USP) e Biblioteca digital de dissertações e teses da PUC-SP. Esta última disponibiliza pesquisas defendidas a partir de 2005.

¹⁰ Castanho MIS. *Da Educação para a Saúde: o processo de construção da identidade do psicólogo* [Tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1996; Braga SG, Moraes MLS. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. *Psicologia USP*. 2007; 18(4):35-51.

^{**} Ribeirão Preto-SP (Silva, 1988); Teresina-PI (Dimenstein, 1998, 2001); Natal-RN (Yamamoto et. al., 2001, 2005); ABC Paulista (Velasques, 2003); Salvador-BA (Lima, 2005); Juiz de Fora-MG (Ronzani e Rodrigues, 2006).

seu material empírico podem contribuir com a formação de futuros profissionais para o trabalho no serviço público de saúde e na atenção básica, a fim de adentrarem nos serviços percebendo-se como parte de um processo social, histórico e político, que os fazem necessariamente implicados na dinâmica institucional.

Adicionalmente, deve-se levar em conta que o psicólogo que trabalha atualmente em UBS vive um momento de incertezas quanto ao seu futuro profissional. Muitos estão se aposentando e os concursos públicos são cada vez mais escassos. Novos caminhos têm sido vislumbrados aos profissionais de saúde mental e já passam a ser concretizados via uma nova política de gestão das UBS. Essa política prevê, para São Paulo, dentro da Estratégia Saúde da Família¹¹, o apoio matricial realizado por equipes multiprofissionais de saúde em atividades de treinamento e acompanhamento dos trabalhos assistenciais. Parece estar surgindo uma nova forma de se atuar tanto em atenção básica, quanto para o psicólogo e outros profissionais. Para esse estudo, também serão discutidas o que essas novas tendências trazem de desafios para a prática do psicólogo em saúde e o que este pode oferecer de contribuição diante desse novo desconhecido que é colocado à sua frente.

O capítulo I tem como objetivo descrever o referencial teórico escolhido para o estudo. A escolha deste referencial foi um processo longo de leituras e experimentações de diferentes idéias e áreas do conhecimento, e com momentos de construções e desconstruções do caminho que vinha sendo percorrido. Os conceitos usados da Análise Institucional e da Teoria do Trabalho em Saúde têm importante contribuição para o objeto que se propõe aqui estudar, que é a atuação do psicólogo em UBS, não através da descrição do perfil desse profissional, mas através das mudanças ocorridas com o trabalho institucional em UBS.

No capítulo II a discussão é feita em torno da profissionalização da psicologia no Brasil e os movimentos de institucionalização da psicologia clínica nos serviços públicos de saúde. Toma como referência a divisão da história da psicologia feita por Pessotti (1988), dando ênfase ao *período profissional*, que tem como marco histórico a Lei nº 4.119 de agosto de 1962, que regulamenta a profissão no país. Para esse estudo, tal período foi pensado através de duas principais frentes: a *configuração* da psicologia como profissão e a *consolidação* da área como profissão, momento em

¹¹ Programa que desde 1994 é a estratégia prioritária para a atenção primária e as UBS.

que novos desafios se estabeleceram com a abertura do mercado de trabalho para o interior das instituições de saúde, propiciando uma psicologia clínica institucionalizada, à medida que ocorria a progressiva legitimação social da profissão.

O capítulo III fala sobre a relação entre saúde mental e atenção básica à saúde através dos movimentos das políticas de saúde em São Paulo, que contribuíram para a inserção do psicólogo no serviço público de saúde, principalmente, em UBS e em ambulatório. A discussão se inicia pelas políticas do Estado a partir da década de 1970 até o governo de André Franco Montoro, que se encerrou em 1987. Em uma segunda parte, o objetivo foi dar um breve panorama do que cada gestão administrativa após a regulamentação do SUS (Luiza Erundina, Paulo Maluf/Celso Pita, Marta Suplicy e José Serra/Gilberto Kassab) pensou para o setor saúde na cidade de São Paulo e para as políticas de saúde mental dentro das prioridades de cada uma dessas gestões. A escolha por tais gestões corresponde ao período mais relatado pelas entrevistadas desta pesquisa. Tomou-se o cuidado de utilizar a referência de diferentes autores, a fim de evitar qualquer tipo de tendência a visões unilaterais e político-partidárias.

O capítulo IV corresponde à descrição da metodologia, caracterizada pelo método qualitativo, seguido da análise e discussão dos dados feita através da análise de conteúdo do tipo temático, apresentada no Capítulo V.

Finalizam o texto as Considerações Finais, a Bibliografia e os Anexos.

Antes de encerrar, é necessário fazer um último esclarecimento sobre o título dessa pesquisa: *entre o privado e o coletivo*. Em uma primeira aproximação, tanto o termo *privado* quanto o *coletivo* se referem a objetos de intervenção da Clínica, no interior da prática profissional que se pode chamar em seu conjunto de Psicologia Clínica. Em uma aproximação complementar, pode-se dizer que essa prática se diversifica, ampliando seu escopo de atuação de uma prática ao molde liberal (privada em termos do mercado de trabalho e da oferta de serviços e também privada por eleger o indivíduo como objeto da intervenção) para outra em instituições, especialmente no campo da saúde pública, que se caracteriza necessariamente como prática sobre coletivos, populações, e que também fundamenta tais práticas no interior da UBS. Ao mesmo tempo, Barros e Passos (2000) discutem que o privado e

o coletivo, quando postos em relação, têm finalidades comuns de trabalho: práticas voltadas ao coletivo podem gerar instituintes para a abordagem clínica, assim como esta pode produzir instituintes às práticas sobre coletivos. Isto significa que aspectos do privado e do individual se encontram no social-coletivo e vice-versa. Não se trata de um mesmo e sempre instituído e outro, sempre instituinte, mas da interação que se produz quando pólos diversos são considerados na perspectiva de suas relações.

Espera-se que a contribuição desse trabalho possa ser a de mobilizar a reflexão e a crítica dos psicólogos que a ele tiverem acesso, a fim de pensarem sua atuação profissional como parte de um processo histórico, social e político, que, necessariamente, os fazem agentes implicados em suas práticas. Que possa contribuir para que outros profissionais que com eles atuam e para que as gerências dos serviços conheçam de forma mais consistente a atuação do psicólogo em UBS e possam refletir sobre suas práticas em conjunto com as equipes nas quais se insere. E, principalmente, que não somente se invista em recursos humanos, através de contratação, treinamento e aperfeiçoamento, mas que também se respeite e valorize os profissionais que atuam no cotidiano dos serviços públicos, oferecendo-lhes condições dignas de trabalho, que os permitam continuar buscando novas possibilidades de atuação, diante dos constantes desafios que são colocados para serem enfrentados e solucionados cotidianamente.

CAPÍTULO I

As instituições e o cotidiano dos trabalhos

1. A Análise Institucional no exame das instituições

A análise institucional surgiu entre as décadas de 1940 e 1950 a partir de uma série de disciplinas que tomaram as instituições como seu objeto de estudo, e de movimentos que ocorreram na França nesse período. No Brasil, ela passou a ser mais conhecida a partir da década de 1970 (L'Abbate, 2003).

Estes movimentos foram um produto sócio-histórico ligado à crise generalizada de algumas instituições (escolas, hospitais, família, igreja e sindicatos) e antes de se constituir em uma modalidade de estudo, a análise institucional já fazia parte da realidade social de uma sociedade em crise (Gomes, 1979).

Suas raízes teóricas estão na intersecção entre Psicologia Social, Sociologia, Pedagogia, Psicanálise, Marxismo e suas bases concretas na Pedagogia Institucional, na Psicoterapia Institucional e na Psicossociologia (Gomes, 1979; Guirado, 1983; Saidón, 2008).

Segundo Barros e Passos (2000), no movimento institucionalista francês se destacou a corrente da socioanálise de Lourau-Lapassade desenvolvida nas décadas de 1960 e 1970. A Análise Institucional Socioanalítica interrogava os vários sentidos cristalizados nas instituições através da idéia de pesquisa-intervenção, cuja metodologia se baseava na desconstrução de territórios constituídos e na construção de outras instituições, num processo de constante produção dos modos de legitimar as práticas sociais.

Para Lourau (1993), a análise institucional teve diversos inícios, o que dificulta reconhecer um campo de coerência. O mais fácil de identificar é a noção de *instituído*, uma vez que foi estudada por muitos anos. O *instituído* é caracterizado pela ordem estabelecida e pelos valores e modos de representação da organização considerados normais. Corresponde ao que já é conhecido e a jogos de forças que tentam produzir imobilidade.

No entanto, tais forças estão em constante contradição com forças instituintes, as quais representam a contestação e a capacidade de inovação. O *instituinte* corresponde ao “novo”, ao “estranho”, ao “desconhecido” (Lourau, 1993, p. 9; Altoé, 2004).

De acordo com Lourau (1993), tanto ele, quanto Lapassade e Guatarri contribuíram para uma visão maniqueísta do instituído e do instituinte no final da década de 1960, em que “o instituído era imóvel como a morte e sempre mau; o instituinte era vivo como um jovem, menino ou menina, e sempre muito bom” (p.12).

Mas o conceito de instituição sofreu alterações ao longo dos anos. Primeiramente, era um conceito tradicional e correspondia a um estabelecimento ou organização de cunho jurídico que servia para regular a vida política e administrar a sociedade, sendo os próprios alvos do processo de mudança. Instituição e organização eram tratadas como sinônimos (Kamkhagi e Saidón, 1991; Altoé, 2004).

Em um segundo momento e sob influência de Castoriadis, o qual empregou a noção de instituído e instituinte em 1965, Lapassade construiu seu conceito de instituição, o qual correspondia ao conjunto de normas instituídas que regiam a organização e que estava dado e cristalizado em desempenhos e atuações. Em outras palavras, instituições não eram mais os próprios estabelecimentos, mas dispositivos instalados no interior dos mesmos, e o trabalho institucional era a atuação através do uso de tais dispositivos. Estes correspondiam, principalmente, ao aparelho burocrático, mobilizador da separação entre decisão-execução e pensar-fazer, e que além de provocar a alienação dos papéis e das decisões tomadas de “cima” para “baixo”, representava a resistência à mudança. O instituinte seria o campo de lutas e conflitos dentro da instituição (Lapassade, 1977; Kamkhagi e Saidón, 1991; Bello, 2001; Altoé, 2004).

Neste ponto ocorre, portanto, a separação entre organização e instituição, em que a primeira passa a ser o estabelecimento de caráter jurídico (a UBS, por exemplo) e a segunda corresponde às relações estabelecidas e estruturadas, as quais não se caracterizam apenas por regras escritas, mas também por outras mais sutis como rotina e horário, e pode incluir a organização enquanto nível de análise.

Contudo, ao enfatizar o instituído, o conceito de instituição de Lapassade permaneceu na dicotomia instituído/mau – instituinte/bom. Para o autor, seriam as

forças instituintes que agiriam sobre a estrutura institucional para transformá-la. O principal dispositivo dessas forças seria a formação de grupos de autogestão organizados através de assembléias gerais¹², os quais em seu ponto máximo se autogovernariam sem influência do Estado regulador. A contribuição dos movimentos instituintes foi a de questionar não as organizações, mas os dispositivos que as criavam e as moldavam (Guirado, 1983; Lourau, 2003).

Em um terceiro momento, uma nova mudança no conceito de instituição alterou o modo de se pensar os dispositivos e a autogestão, acrescentando concepções como as de implicação, transversalidade, analisadores e multireferencialidade. Estes contribuíram com uma nova maneira de analisar a relação instituído-instituinte e servem de referência para este estudo.

É realizado um novo deslocamento do alvo de intervenções que parte dos dispositivos instituídos nas organizações para as redes de relações de poder que ditam valores e verdades, como se as instituições fossem naturais, ou seja, algo já dado, fixo e imutável. Esse deslocamento foi crucial, pois revelou o aspecto não-natural das instituições como seu caráter histórico-político (Kamkhagi e Saidón, 1991; Altoé, 2004; Paulon, 2005).

A análise institucional continuava a questionar o instituído, mas não mais considerava a instituição como um estabelecimento ou como um dispositivo burocrático dado que necessitava de uma força externa para mudá-lo. Agora, a instituição permanecia como um modelo teórico e não observável, mas era uma dinâmica contraditória se constituindo no tempo sócio-histórico. Este é primordial, pois toma a instituição como movimento, dinamismo e nunca como imobilidade. Nela, forças em conflito interagem e negociam e, muitas vezes, é na contradição entre elas que lhe é dado vida. Há um acolhimento do pensamento crítico, em que o ato de pensar a realidade é uma forma de questionar a própria vida. Existe, ao mesmo tempo, uma vontade de que a vida mude e uma força instituída para que tudo permaneça como está (Lourau, 1993; Saidón, 2008).

¹² Da mesma forma que a autogestão é um *artifício* e não uma autogestão real de um grupo específico, a Assembléia Geral Socioanalítica é um *dispositivo* em triângulo, em que fazem parte todos os envolvidos no processo de intervenção: participantes, equipe organizadora e equipe interventora (socioanalistas), e não é necessariamente igual a dos sindicatos e partidos políticos (Lourau, 1993).

Dessa forma, um novo caminho se abre à relação instituído-instituinte, quando a instituição é vista em permanente atualização. Este terceiro momento é caracterizado pelo que Lourau (1993) chamou de *institucionalização*, o qual corresponde justamente ao devir, à história e ao produto contraditório da relação entre instituído-instituinte, os quais em constante luta de forças, também se mantêm em movimento.

Nesse contexto, o conteúdo institucional é formado pela articulação entre as normas sociais já existentes e a ação histórica de indivíduos, grupos e coletividades, incluindo a forma como estes concordam ou não em participar de tais normas, ou seja, a forma como estão *implicados* institucionalmente (Altoé, 2004).

A noção de *implicação* é essencial para a análise institucional. No geral, as pessoas funcionam sob a heterogestão, ou seja, preferem delegar seus problemas e questões (sua “autogestão”) para que outros os gerenciem (para a heterogestão) e vivenciam este funcionamento como natural, porque é difícil e, por vezes, doloroso analisarem suas próprias implicações no mundo em que vivem (Lourau, 1993).

Segundo Lourau (2004), o conceito de implicação se deve muito a pesquisas de tendência psicanalítica em hospital psiquiátrico, onde o terapeuta, em certo momento, se viu obrigado a se situar nas diversas determinações institucionais que pudessem ter relação com a ruptura de vínculo de doentes mentais com a instituição. Posteriormente, o conceito foi ampliado para designar todas as determinações *transversais*, muitas vezes, exteriores ao campo de intervenção, mas não ao campo da análise institucional.

A *transversalidade* corresponde ao entrecruzamento de pertencimentos e referências (políticas, sociais, econômicas, ideológicas, dentre outros), que ocorre não somente porque são muitos os entrecruzamentos, mas também porque a colaboração que caracteriza a existência de um grupo cria consensos e regras, os quais parecem excessivamente bem adaptados. A análise institucional irá intervir exatamente sobre esses consensos e regras, tendo o próprio grupo como um dispositivo de decomposição de sua configuração, a fim de produzir novas possibilidades e acontecimentos (Kamkhagi e Saidón, 1991; Lourau, 2004).

[...] A descoberta da transversalidade é descoberta de conflitos, de lutas sociais: ela própria é uma fonte de conflitos, porque lugar das resistências do não dito.

O poder vive e se nutre de escondido, de não dito; portanto, na maior parte das vezes, é muito difícil revelar, ou deixar que outros revelem essa familiaridade, essa vinculação com o poder. É aqui que aparece a implicação (Lourau, 2004, p. 133).

Para Lourau (1995, p. 270), a transversalidade é definida “como o fundamento da ação instituinte dos grupamentos”, uma vez que as ações coletivas exigem uma relação dialética entre a autonomia possível e os limites impostos à mesma dentro do grupo.

Outro conceito importante e relacionado ao de transversalidade é o de *analizador*. Este é todo dispositivo que serve para revelar, provocar e expor as contradições institucionais, a instituição “invisível”, “a face oculta da política instituída”. Através de uma análise de decomposição, é possível revelar o caráter parcial e fragmentário do que era considerado um todo homogêneo, uma verdade instituída. É o analizador que dirige a análise e não o contrário. Ao investigador importa o que lhe é dado por sua posição nas relações sociais e não o objeto que ele escolhe para estudar. Já o intelectual, sendo um analista, pode tomar consciência dos efeitos que os analisadores têm sobre sua intervenção (Lourau, 1993, p. 35; Altoé, 2004, p. 146; Paulon, 2005).

Lourau (1995) coloca que a passagem ao ato institucional também passa pela palavra e que existem indivíduos, que por sua situação na organização, são provocadores institucionais. Pode-se considerar que os participantes dessa pesquisa pela posição que lhes foi oferecida e por eles aceita, puderam assumir esse papel de revelar os conflitos e as contradições institucionais e, ao mesmo tempo, também revelar a implicação dos mesmos no processo institucional dinâmico. O próprio pesquisador, com suas intenções sobre o objeto a ser estudado, contribuiu para que essa posição fosse assumida.

Atualmente, a análise institucional passa a ter a função de liberar esses analisadores, permitindo a transformação da palavra terapêutica em palavra política. O dispositivo de intervenção consiste em analisar coletivamente uma situação coletiva e a análise deve ser a mais pública possível, apesar de resistências à

revelação de certos “segredos” institucionais. O que se propõe é a *multireferencialidade*, a qual não se refere a disciplinas justapostas, mas ao uso de diferentes métodos e conceitos com o objetivo de construir um novo campo de coerência (Lourau, 1993; Altoé, 2004).

Para a área da saúde coletiva, a análise institucional pode ser útil em múltiplas dimensões (pesquisa, intervenção e formação de profissionais) por ser uma abordagem que pensa as instituições e suas transformações a partir das práticas e discursos dos sujeitos. A socioanálise¹³, enquanto recurso interventivo, pode ser usada tanto com grupos de profissionais – promovendo reflexão sobre seu papel profissional e sua atuação –, quanto com a clientela dos serviços de saúde (L’Abbate, 2003).

Segundo Lourau (1993), a análise institucional na América Latina penetrou, principalmente, o campo “psi”, o que não ocorreu na Europa, onde quase não há diálogo entre ambos. Um dos motivos que o autor aponta para essa diferença está na tentativa de alguns psicólogos buscarem formas de se repolitizar após a vivência de regimes totalitários, em que a psicologização da política era uma forma de negá-la. A análise institucional estaria sendo um dos meios que contribui na politização daquilo que está por demais psicologizado.

2. Teoria do Trabalho em Saúde: relativização do conceito de ‘profissão’ e o devir institucional

Nesse estudo, o conceito de profissão proposta pela Sociologia das Profissões (Machado, 1995) foi relativizado e ampliado para a noção de trabalho a partir das idéias de Schraiber (1993), o que se faz mais útil para os fins aqui almejados. Como se está falando em processo de trabalho em saúde, dois outros autores de referência serão Mendes-Gonçalves (1992) e Teixeira (2000; 2004, 2005). Acredita-se que a forma como ambos pensam o trabalho dos profissionais em atenção básica à saúde se

¹³ Para Lourau (1993), análise institucional e socioanálise são nomes diferentes para um mesmo projeto. Aquela se refere à questão teórica, que tem influência da Psicoterapia Institucional e da Pedagogia Institucional. Esta apareceu logo em seguida como um método de intervenção totalmente determinado pela teoria da análise institucional. Portanto, seria a única distinção possível.

complementam em certo sentido e permite ampliar a visão sobre essa temática. O objetivo é experimentar um diálogo interdisciplinar que pode contribuir na análise que se pretende fazer.

Em relação à profissão, esta começa a se configurar dentro daquilo que Machado (1995, p. 24-25) chamou de *comunidade de pares* ou corporativismo. Para esta autora, o corporativismo é uma “cooperação entre colegas”, uma “organização do *eu sou*” – médico, psicólogo, etc.– com características bem definidas, com um senso de identidade entre os membros, valores comuns e limites claros.

Para Albuquerque (1978, p. 47), a corporação caracteriza justamente a organização profissional da produção individual independente¹⁴, uma vez que define as condições de relação estabelecida entre “o trabalhador e seus meios e objeto de trabalho”.

Uma profissão se define tanto pelo corpo de conhecimentos que controla quanto pelo monopólio de sua prática em mercado e a autoridade profissional é centrada naquele que possui o conhecimento especializado para o problema do cliente (Machado, 1995; Coelho, 1995).

Pode-se dizer que o objeto institucional, que marca o monopólio sobre um saber e suas práticas, também posiciona cada ator em espaços delimitados entre os que sabem e os leigos, os quais, apesar de terem o controle sobre o objeto, o delegam a um especialista que, pelo seu conhecimento específico, tem os instrumentos adequados para manipulá-lo (Albuquerque, 1978).

É o que Machado (1995, p. 21) chama de “corpo esotérico” do conhecimento, o qual deve conter segredos e técnicas acessíveis somente aos profissionais, mas manter certa abertura à visibilidade social, a fim de que o leigo reconheça e busque os serviços especializados do profissional. Segundo esta autora, é a retenção do conhecimento, sua especificidade e o mistério em torno do mesmo que formam o eixo central do profissionalismo. O processo de profissionalização dos diversos

¹⁴ “Produção individual independente” pensada no contexto das profissões liberais. Mello (1983, p. 46) prefere usar o termo *atuação autônoma*, por considerar que o termo *profissão liberal* pode ser reduzido a um profissional que trabalha sem patrão, situação esta que não se restringe ao profissional liberal. Ela esclarece que, mais do que isso, o que diferencia o profissional liberal de outros trabalhadores é sua formação técnico-científica realizada em curso superior e à adesão a um Código de Ética Profissional. Neste estudo manteremos o termo *profissão liberal* para designar a produção individual independente.

ofícios na sociedade corresponde ao aumento da complexidade do seu saber esotérico, daí ser relevante a passagem de ação apenas técnica para uma de natureza técnico-científica.

Apesar do conceito de profissão proposto por Machado (1995) ser útil na identificação de processos de mudanças, por destacar determinados aspectos e delimitações tanto nas relações quanto nas atribuições particulares a que o profissional passa a fazer frente na sociedade, seu foco está na criação e no uso do *conhecimento* acumulado na resolução de problemas de um cliente individual ou coletivo. As atividades correspondem a um conjunto de *saberes* e a autoridade profissional se relaciona ao “perito” (Albuquerque, 1978, p. 76), ou seja, aquele que tem o conhecimento especializado para o problema do cliente.

É por esse motivo que Schraiber (1993) prefere a noção de trabalho ao de profissão, pelo fato daquela incorporar questões relativas o mercado, as relações laborais e a institucionalização dos afazeres. Em outras palavras, a autora encontra limites em caracterizar as ações profissionais como derivada apenas da posse de conhecimentos, sobretudo quando se refere a determinantes de mercado, da organização dos serviços e, pois, das questões institucionais na configuração das práticas cotidianas.

Schraiber (1993), ao estudar a passagem do que ela chama de *medicina liberal* (cujas liberdades na organização e produção do trabalho, e na prestação de serviços assume um caráter autônomo) para a *medicina tecnológica* (em que há grande abertura de mercado conexa ao assalariamento do trabalho médico e, assim, constrangimentos na autonomia antes referida), identificou três esferas de repercussão desse movimento: a mercantil, a organizativa da produção da assistência e a esfera técnica dessa produção. Em todas se observaram mudanças na autonomia profissional diante de novas exigências do mundo do trabalho.

Segundo a autora, ao falar do trabalho médico, a prática liberal contribuiu para que os estudos sobre a profissão situassem a prática mais em relação com o conhecimento e com características pessoais do profissional (disposição para servir e vocação pessoal), do que à categoria trabalho, deixando de lado aspectos socioeconômicos e políticos.

Schraiber (1993) concorda com Machado (1995) no que diz respeito à ética profissional que o saber esotérico demanda. De acesso muito limitado ao grupo que o detém (corporação de ofício), é necessário definir virtudes no uso desse saber, que correspondem às obrigações com seus clientes e pares e que identifica o profissional como agente de determinada prática.

Na verdade, os elementos que definem uma profissão podem mudar com o tempo, caracterizando-a pela sua dinâmica de interação com o contexto social e não somente com o saber que a define. O processo de transformação das sociedades atuais configura novos cenários para o mundo do trabalho e altera também as práticas e atitudes dos profissionais. Por se constituírem em processos e estruturas sociais, as profissões também sofrem contínuas mudanças no seu interior que alteram sua relação com a sociedade (Achcar e Bastos, 1994; Peduzzi, 1998, 2001).

Neste sentido e pensando o processo de trabalho em saúde, Donnangelo e Pereira (1976, p. 25-26) colocam que o modo das sociedades compreenderem seus corpos se dá de diferentes formas. Além do corpo anátomo-fisiológico, há um “corpo social” formado pelas relações historicamente assumidas entre o meio físico e as pessoas. Portanto, o corpo será qualificado e determinado no plano material e social. Da mesma forma, as práticas sobre ele ocorrerão de acordo com o significado cultural, político e econômico que a sociedade lhe atribui.

Mendes-Gonçalves (1992, 1994) e Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) apontam para a relação recíproca entre *processo de trabalho* e *necessidade social*, esta considerada como necessidade da sociedade: é na tentativa de satisfazê-la que o trabalho assume uma mesma finalidade em geral para todos os indivíduos. Quando as necessidades são vistas como *necessidades da sociedade*, busca-se como fim o que é “bom pra todos” em termos gerais e abstratos. Em termos concretos, busca-se fazer convergir a satisfação das necessidades do caso particular de cada indivíduo com esse ideal para todos. Assim, se normalizam os modos de vida: busca-se fazer convergir, para cada uma das pessoas, o modo de vida da sociedade como um todo, o que pode implicar em imposições ou propostas de intervenção assistencial que nem sempre respondem da melhor forma os problemas práticos cotidianos que cada pessoa reconhece como um obstáculo a ser resolvido. Esta questão também pode ser

referida na teoria do trabalho em saúde como os carecimentos¹⁵ geradores das necessidades dos casos individuais, lembrando que este indivíduo pode ser um trabalhador e os carecimentos e necessidades podem referir a questões do trabalho cotidiano.

Assim, o trabalhador em serviço tem que resolver uma série de problemas (necessidades postas para serem respondidas em seu trabalho), que também geram suas próprias necessidades de trabalhar, as quais, por vezes, são contraditórias e de difícil identificação. Isto exige criatividade profissional e rompimento de fórmulas tradicionais dos saberes que regem suas práticas. Para tanto, é importante criticar o saber técnico tradicional e operar seu trabalho de modo reflexivo e crítico (Schraiber, 2008), a fim de criar competências práticas (saberes práticos) que respondam tanto às novas questões dos usuários quanto às profissionais. No que diz respeito às demandas em saúde, por exemplo, como afirma Teixeira (2004, 2005), muitas vezes, estas estão na fronteira entre “patologia” e os “problemas de vida” e nem sempre a resposta mais adequada para elas é encontrada na biomedicina. Por isso, o que o autor chama de “tecnologias da conversa” se torna essencial para identificar, elaborar e negociar necessidades com os usuários, as quais podem ser satisfeitas nas instituições de saúde ou em outro espaço institucional.

Como mostra este autor, o abrir-se ao outro para interagir com o usuário (escuta, diálogo e decisão compartilhada) pode ser o modo pelo qual o profissional (o psicólogo, no caso deste estudo) consiga equacionar melhor as tensões advindas das formas tradicionais de trabalho clínico com as novas formas no interior das UBS. Analogamente, como Schraiber (2008) refere para o médicos, uma conversa consigo próprio e com outros trabalhadores da UBS poderia ser o modo crítico de rever a atuação clínica tradicional no contexto das instituições de saúde de atenção primária.

Considerando-se, agora, especialmente a atenção primária, deve-se registrar que este plano assistencial possui particularidades que também repercutem nas novas necessidades profissionais. Sendo a “porta de entrada” não somente para a rede de serviços de saúde, mas também para uma variedade de outras demandas ligadas aos

¹⁵ Carecimentos são obstáculos ou impedimentos experimentados e reconhecidos pelos indivíduos neste plano da vida individual ao modo de andar a vida socialmente dado. Tais obstáculos geram o reconhecimento de que se deva buscar uma intervenção reparadora da situação, o que se torna necessidade de algo – saúde, trabalho, alimentação, moradia etc. (Mendes-Gonçalves, 1992).

territórios sociais em que estão os indivíduos da população usuária do serviço, o trabalho multiprofissional e a articulação intersetorial se tornam importantes. Neste sentido, a extensão da rede de serviços de atenção primária/básica à saúde, em termos de seu campo de atuação extramuros (para além do espaço da unidade de saúde), não se compara a nenhum outro equipamento da rede de serviços em saúde.

Aqui, o trabalho em saúde não se refere apenas àquele relacionado aos seus profissionais, mas à participação de diversos agentes sociais que contribuem na melhoria das condições de vida e de saúde dos indivíduos e populações de forma direta ou indireta (Teixeira, 2004). O psicólogo em UBS também terá que lidar com o trabalho em equipe e aquele de outros setores que não os de saúde em sua atuação institucional.

CAPÍTULO II

Profissionalização da psicologia no Brasil: movimentos de institucionalização da Psicologia Clínica

1. Antecedentes

Pessotti (1988) divide a história da psicologia em quatro períodos: o *período pré-institucional ou colonial* (cerca de 1530-1822), o período institucional (1822-1934), o período universitário (1934-1962) e o período profissional (1962 em diante).

Pereira e Pereira Neto (2003) propõem outra divisão através da periodização da história da prática profissional do psicólogo no Brasil em três momentos: *período pré-profissional* (1833-1890); *período de profissionalização* (1890/1906-1975), e *período profissional* (1975).

O recorte desse estudo toma como marco histórico a regulamentação da profissão de psicólogo dada com a Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962, a partir da qual ocorreram mudanças no status social que até então definia a área. Tomar-se-á, portanto, a caracterização proposta por Pessotti (1988) em relação ao *período profissional*, o qual se constitui o foco de interesse desse estudo. Apesar do recorte necessário, este período faz parte de um processo que remete à história da psicologia no Brasil, por isso, primeiramente será feita uma breve descrição do desenvolvimento da psicologia brasileira até culminar na sua regulamentação como profissão para, aí sim, se focar no *período profissional* como parte desse processo.

Idéias psicológicas já eram observadas desde a América portuguesa e se voltavam mais à formação e catequização do povo indígena do que ao interesse em construir um saber científico. A partir da independência do país em 1822, a psicologia passou a se desenvolver dentro de duas principais áreas, saúde e educação, vindo a ser inserida ao mundo empresarial e do trabalho na década de 1920 já como uma ciência autônoma, apesar de sempre estar interligada indiretamente a este campo (Pessotti, 1988; Massimi, 1990; Antunes, 2003).

No século XIX, o Brasil passou por um processo de expansão urbana, especialmente, no Sudeste, o qual vinha se configurando como a região econômica, política e cultural do país. Este movimento agravou as condições de saúde da população, preocupando profissionais médicos, cuja figura social predominava na área da saúde à época. Iniciou-se um projeto de higienização para formar um “novo homem” diante de uma nação que prosperava. Este projeto incluía desde a aquisição de comportamentos saudáveis até a higienização de males sociais (loucura, prostituição, vadiagem). Foi nesse momento que os grandes hospitais psiquiátricos começaram a ser abertos¹⁶. O papel da educação era o de formar esse ideal de cidadão que concretizaria o progresso e a modernização do país através de seu trabalho e de uma conduta moral adequada ao convívio social. Já a psicologia, que cuidava das diferenças individuais, da dinâmica das relações interpessoais, da personalidade, das aptidões, da aprendizagem e do desenvolvimento psíquico, tinha a possibilidade de oferecer ferramentas à saúde e à educação, que contribuíam com um julgamento moral e racional do comportamento humano (Massimi, 1990; Antunes, 2003, p. 84-85).

Daí até a regulamentação da profissão, diversos laboratórios experimentais de psicologia foram abertos em ambas as áreas, cujos estudos realizados contribuíram para fundamentar a psicologia brasileira enquanto ciência. Disciplinas de psicologia também foram introduzidas nas Escolas Normais e, a partir da criação da Universidade de São Paulo em 1934, passaram a ser introduzidas nas faculdades de Filosofia, Ciências Sociais e Pedagogia até ser instituído o curso de Psicologia da USP em 1958 (Mello, 1983; Pessotti, 1988; Massimi, 1990; Antunes, 2003).

A expansão de diversos espaços de formação e práticas por todo o país, principalmente clínica e escolar, intensificou iniciativas para a regulamentação da profissão e da formação acadêmica a partir da década de 1950. Alegava-se a necessidade de reconhecer e aproximar os profissionais que trabalhavam na área e de controlar a prática “em defesa da população e da própria imagem da profissão” (Pessotti, 1988, p. 33).

¹⁶ Em 1842 foi inaugurado no Rio de Janeiro o Hospício Pedro II, posteriormente chamado de Hospital Nacional dos Alienados. Dez anos depois, foi inaugurado em São Paulo o Asilo Provisório dos Alienados, precursor do Hospício do Juqueri. Outros hospícios foram criados em Recife (1861), em Salvador (1874) e em Porto Alegre (1884).

Contudo, pelo menos dois obstáculos podiam ser identificados para a regulamentação da profissão. Um dizia respeito aos próprios cursos de psicologia existentes, os quais geralmente eram de cunho teórico-técnico, de curta duração, não oficializados e que formavam profissionais das áreas de Filosofia e Pedagogia como “especialistas” em psicologia. O outro se relacionada à disputa entre medicina e psicologia, pelo monopólio da prática de psicoterapia.

Em 1946 foi institucionalizada a formação profissional do psicólogo e em 1953 foi enviado o primeiro anteprojeto de lei para a profissão ao Conselho Nacional de Educação. O anteprojeto previa que uma das atividades do psicólogo pertencia à área clínica e acabou sendo vetado pela Comissão de Ensino Superior do Conselho Nacional de Educação. No projeto substituto de 1957, o psicólogo só poderia atuar na área clínica como assistente técnico supervisionado por um médico. A Comissão de Educação e Cultura também vetou o substituto e aprovou a proposta vinda da Associação Brasileira de Psicólogos e da Sociedade de Psicologia de São Paulo, em que “caberia ao psicólogo o direito de trabalhar na clínica, para atuar na denominada *solução de problemas de ajustamento*” (Pereira e Pereira Neto, 2003, p. 24). Contudo, retirou a expressão *psicoterapia* do texto legal, porque os médicos entendiam que essa prática era exclusiva de sua categoria profissional, o que não impediu que muitos psicólogos já reconhecidos por seus clientes continuassem a praticar tal atividade.

É importante destacar que a prática clínica ao molde liberal realizada por psicólogos também foi uma forma de desvincular sua atuação do campo médico e, principalmente, psiquiátrico. O atendimento psicanalítico é um exemplo disso, quando a classe médica perde a restrição por sua prática a partir da profissionalização da psicologia (Massimi, 2004).

Não é por menos que houve resistências contra a regulamentação da psicologia como profissão autônoma. Não era somente a cura do físico, mas também do psíquico que a medicina reivindicava o monopólio (Albuquerque, 1978; Mello, 1983; Pereira e Pereira Neto, 2003).

Segundo Pessotti (1988), os cursos que, talvez, tiveram mais influência formal para a regulamentação da profissão foram o de Psicologia da USP instituído pela Lei Estadual nº 3.862 em 1957, e o do Instituto de Seleção e Orientação Profissional

(ISOP) do Rio de Janeiro, o qual, mesmo formando “especialistas” em psicologia aplicada ao trabalho, treinou psicólogos de várias partes do Brasil.

Apesar das dificuldades apresentadas, a Lei nº 4.119 que regulamentava a profissão de psicólogo no país foi aprovada em 27 de agosto de 1962. Segundo Mello (1983), esta Lei não somente reconhecia a importância social de técnicas psicológicas, como estimulava a criação de cursos de formação em Psicologia para dar suporte ao exercício da nova profissão.

Para Ribeiro e Luzio (2006), a regulamentação da profissão estaria ligada ao processo de industrialização do país, sobretudo após os anos 1950, e das mudanças sociais e econômicas decorrentes.

2. Período Profissional

Com a regulamentação, a profissão foi sendo estruturada em termos de sua *configuração* e de sua *consolidação*, conforme proposto por esse estudo. A primeira corresponde ao estabelecimento de monopólio sobre um saber e uma prática e à construção de um código de ética da categoria. Já a segunda se relaciona à manutenção duradoura desse profissionalismo, que diz respeito aos dilemas e desafios colocados no desenvolvimento da profissão em mercado para que esta consiga manter socialmente sua marca distintiva a longo prazo, sendo reconhecida e diferenciada de outras áreas. Neste caso, o que está em pauta é a ampliação do mercado de trabalho e das ações do psicólogo sem que este perca sua especificidade, e assim se mantenha socialmente.

Com base nessas duas dimensões do estabelecimento da prática em psicologia como profissão e trabalho social, o objetivo desse tópico é o de refletir sobre os caminhos que foram sendo realizados na prática clínica até sua institucionalização e a do profissional psicólogo nos serviços públicos de saúde. Enquanto se tenta demarcar um espaço privativo e definir normas de conduta que, ao mesmo tempo identificam de imediato seus profissionais e os diferenciam de outras categorias, também se busca reconhecimento social através da ampliação do mercado de

trabalho, o qual muitas vezes tem exigências divergentes e contraditórias às aquelas dadas pela prática em psicologia em termos tradicionais. Partindo-se das críticas em torno da formação e da prática clínica ao molde liberal é possível identificar pontos de tensão que contribuíram para mudanças no modo de se pensar o ensino e a atuação profissional em psicologia, sendo a área da saúde protagonista nesse processo.

Os movimentos de *configuração* do trabalho em psicologia podem ser pensados como um primeiro passo dado pela psicologia para se organizar como uma categoria profissional. Regulamentar uma profissão não é somente reconhecê-la como importante à sociedade, mas também iniciar um processo de delimitação de saberes e práticas a um grupo específico de profissionais (corporação de ofício), os quais passam a ter como dever condutas em comum, que os diferenciam de outras corporações e os permitem fiscalizar seus semelhantes.

Neste sentido, na Lei nº 4.119 foram definidos quem poderia exercer a profissão de psicólogo e em quais condições, delimitando-se práticas de caráter privativo, conforme dispõe seu artigo 13, parágrafos 1º e 2º:

Parágrafo 1º – Constitui função privativa do Psicólogo a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos:

- a) diagnóstico psicológico;*
- b) orientação e seleção profissional;*
- c) orientação psicopedagógica;*
- d) solução de problemas de ajustamento.*

Parágrafo 2º – É da competência do Psicólogo a colaboração em assuntos psicológicos ligados a outras ciências (Brasil, 1962)

A partir dessa lei, os cursos de psicologia, que começaram a aumentar em todo o país, passaram a seguir um currículo mínimo de cinco anos. O Parecer nº 403/62 do Conselho Federal de Educação incluía a psicologia nas profissões liberais e enfatizava a importância da qualificação intelectual e do prestígio social para assegurar uma posição de destaque entre as mesmas (Mello, 1983, p. 126).

Em 1966, um Código de Ética Provisório foi feito para servir de guia da profissão até a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Psicologia, o que ocorreu apenas em 1971 com a Lei Federal nº 5.766 (Mello, 1983).

Um Código de Ética estabelece certos princípios de normas e conduta profissionais, que auto-regula qualquer profissão e garante maior credibilidade com a clientela, a qual se sente mais protegida diante de algum dano (Pereira e Pereira Neto, 2003).

Contudo, segundo Mello (1983), este Código Provisório apontava para uma preocupação mais voltada à proteção profissional do que à relação com questões que a sociedade colocava para o seu exercício, uma vez que seu objetivo era o de indicar comportamentos adequados e inadequados em relação à prática profissional, de sugerir que se mantivesse um alto padrão técnico-científico para “garantir o prestígio e o valor social da profissão” (p. 99), e de enfatizar a importância de se manter uma identidade em relação às necessidades e ideais comuns.

Somente em 1975 foi criado o primeiro Código de Ética dos psicólogos e em 1977, o Conselho Federal de Psicologia fixou normas de fiscalização de orientação do exercício da profissão (Pereira e Pereira Neto, 2003).

Portanto, estabeleceram-se as principais vias formais que faziam da psicologia uma profissão, cujo conhecimento técnico-científico estava restrito àqueles que se vinculavam a uma instituição de ensino superior e que, depois de formados, tivessem o direito de obter um registro no Conselho Regional de Psicologia, além de terem o dever de representarem da melhor forma a profissão seguindo os princípios do Código de Ética Profissional.

Em relação aos movimentos de *consolidação* como profissão, outros desafios foram colocados.

Quando o estudo de Mello (1983)¹⁷ sobre a profissão de psicólogo na cidade de São Paulo foi publicado em 1975, sua preocupação com uma Psicologia à serviço da sociedade vinha ao encontro de uma década marcada por regimes ditatoriais em diversos países da América Latina, por crises sociais, políticas e econômicas, e por lutas e reivindicações de diversos segmentos da sociedade civil, dentre eles os da saúde. A autora apontava que o aparecimento de uma profissão dizia respeito tanto à

¹⁷ Mello SL. *Psicologia e profissão em São Paulo*. São Paulo: Ática, 1975.

maturidade de seus conhecimentos, quando à definição dos problemas que ela tentava solucionar. Apontava, ainda, que sua definição deveria dar-se por meio da atuação do profissional no plano do social; não interessava somente o sentido que a profissão crescia, mas se ela vinha atendendo as necessidades da sociedade em que estava inserida. Se o fazia ou não seria o futuro da profissão que estaria em jogo. Portanto, a função do psicólogo deveria ser social. Ele tinha que mostrar ao leigo a especificidade de seus serviços, diferenciando-os de outras práticas consideradas não-científicas e que não necessitavam de uma formação específica. Para isso, era necessário divulgar o seu trabalho tendo, primeiramente, clareza sobre quais eram as funções sociais da profissão para, em seguida, expandir seus serviços à população e utilizar suas técnicas na solução de problemas diversos.

Contrariando a visão da autora, os resultados de sua pesquisa exibiram um grande número de profissionais liberais fazendo atendimento clínico em consultório particular, o que levou Mello (1983) a apontar a prática liberal como transitória, já que não conseguiria se sustentar diante da quantidade de novos profissionais lançados no mercado de trabalho todo ano, devido ao aumento do número de cursos formadores.

Mello (1983, p. 109) defendia a idéia de que a “Psicologia é, e deve ser, muito mais do que uma atividade de luxo” e levantou uma questão para o futuro da profissão: deve a profissão manter-se enquanto profissão liberal ou investir em mudanças nessa tendência, expandindo os serviços de psicologia para a população?

De acordo com o primeiro estudo nacional sobre a profissão realizado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP, 1988), a prática clínica ao molde liberal continuava sendo, no final dos anos 1980, a principal forma de inserção do psicólogo no primeiro emprego, apesar de já ser possível observar uma nova tendência, que vinha ocorrendo desde o início dessa década, que era a absorção de parte desses profissionais pela área da saúde em hospitais, ambulatorios e centros de saúde.

Diante desse quadro geral, intensificaram-se as críticas de que a psicologia não vinha cumprindo sua função social de atender as necessidades da população brasileira, uma vez que apenas parte dela conseguia consumir os serviços do psicólogo. Continuava, assim, desde seu início, excludente relativamente à maioria da população.

Mello (1983) já apontava em 1975, que os principais fatores que dificultavam o reconhecimento da função social do psicólogo estavam na inadequação da formação, de cunho predominantemente teórico, e na ênfase dada à prática clínica ao molde liberal, cuja tendência era seguir o modelo médico de atuação. Intensificou-se, dessa forma, a crítica em torno desses dois pontos, o da formação e o do mercado, os quais estavam intimamente ligados, já que a formação era predominantemente voltada à psicologia clínica tradicional, preparando os futuros profissionais para essa prática no mercado de trabalho.

O estudo do CFP (1988) mostrou as tensões existentes nessa relação ao comparar o preparo profissional entre clínicos e não-clínicos. A exigência de uma formação complementar mais intensa aos clínicos (grupos de estudo, supervisões, seminários, estágios não remunerados, e psicoterapia pessoal) se constituiria num mercado “autofágico” (p. 96), uma vez que, o desempenho profissional e as chances de entrar no mercado de trabalho eram associados mais a uma personalidade saudável e a limitações pessoais do psicólogo do que a causas gerais de emprego-desemprego encontradas na sociedade. Assim, a relação passou a se dar na direção do “saber-poder” (p. 95), em que alguns detentores do conhecimento orientavam a formação. Já aqueles que se consolidaram na prática clínica também cobravam altos honorários de seus clientes, a fim de conseguirem manter os custos de uma infinita formação e das instabilidades do atendimento clínico ao molde liberal. Este tipo de relação manteria o compromisso da categoria no atendimento apenas de uma elite.

Segundo Albuquerque (1978, p. 59), esse tipo de relação “mestre-aprendiz” também se configurava como uma forma de proteção da própria profissão e de fortalecimento dessas relações distorcidas de dominação corporativa. Por um lado, selecionava-se uma clientela que não colocava em risco os pressupostos pré-estabelecidos. Por outro lado, não se reconhecia outros fatores sociais (econômicos, ideológicos etc.), senão os do próprio aparelho psíquico individual.

Iniciou-se um pensamento de que a formação deveria acompanhar as mudanças da sociedade brasileira e do mercado de trabalho e que o currículo deveria ser adaptado aos avanços científicos e a mudanças socioculturais. Algumas instituições de ensino modificaram seus currículos, mas muitas das alterações foram apenas adaptações das áreas tradicionais da psicologia (Clínica, Educacional e

Organizacional) e revisão de carga-horária do conteúdo e dos estágios, deixando-os mais equitativos entre estas principais áreas (Gonçalves, 2005).

As discussões somente se tornaram mais intensas na década de 1990, quando a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB) terminou com os currículos mínimos em todos os cursos superiores do Brasil em 1996. Para refletir sobre a formação, adequando-a “à realidade social do Brasil, à ética e ao exercício da cidadania” (Ferreira e Witter, 2005, p. 21) foi criada a Associação Brasileira de Ensino em Psicologia (ABEP) em 1998, e apenas em 2004, foi aprovada as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Psicologia, as quais são motivo de constantes debates até hoje.

Segundo Ribeiro e Luzio (2006), apesar de certos autores considerarem que as novas diretrizes curriculares para a psicologia contribuíram para a passagem da visão de profissão liberal para outra inserida “em diversos campos e junto a outros profissionais, em vários espaços sociais e também na promoção do bem-estar coletivo” (p. 5), em parte, manteve-se a mesma tendência de uma formação tecnicista e de uma psicologia individualista.

Contudo, é necessário destacar duas importantes mudanças relacionadas à formação que dizem respeito à aproximação entre teoria e prática e a uma nova perspectiva em relação ao conhecimento.

Primeiro, havia uma crítica de que, as especializações dos campos científicos e a influência do modelo positivista de se fazer ciência dificultavam a integração entre conhecimento e prática. Segundo Bastos e Francisco (2005, p. 77), essa dicotomia em que as várias formas da prática não davam conta dos critérios de quantificação e observação neutra exigidos pela ciência, conduzia tanto à produção de conhecimento dissociada da prática, quanto a uma prática impossibilitada de construção de saber sobre ela mesma. Este fato resultaria ou em profissionais dependentes de conhecimento advindos apenas de sua experiência cotidiana com a clientela no ambiente de trabalho, correndo-se o risco de cristalização de modelos e pouca reflexão crítica sobre a atuação, ou resultaria em profissionais que, ao assumirem o modelo de produção científica dominante, tenderiam a se restringir ao tecnicismo para resolverem problemas de diversas ordens colocados pelo cotidiano profissional.

Diante de tais dilemas, começou-se a pensar em possibilidades de integração entre formação e prática, não excluindo os impasses existentes nessa tentativa.

Conclui-se, inicialmente, que os cursos de formação deviam romper com a fragmentação e o tecnicismo, ampliando seus conteúdos e conhecimentos, mas não se restringindo aos mesmos, uma vez que não contemplariam todas as demandas e contextos de atuação do psicólogo. Era necessária uma formação básica generalista, que permitisse a integração das várias abordagens psicológicas, não para reduzi-las a um único enfoque, mas para permitir ao aluno compará-las em seus alcances e limites. Ao mesmo tempo, era um desafio tentar integrar os conhecimentos psicológicos ao de outras áreas, já que apenas o contato com outros saberes não construiria um campo interdisciplinar. A produção técnico-científica devia ser viabilizada, a fim de estimular uma postura crítica e investigativa em um contexto de “ação-reflexão-ação”. Além disso, devia-se investigar a realidade sociocultural, interligando-a a teorias e técnicas para consolidar práticas profissionais dentro de contextos diversificados. Para isso, também era importante possibilitar que os alunos tivessem contato com diferentes concepções do humano, compreendendo-o em sua integralidade e em suas condições concretas de existência. Dentro dessa tendência, o simples consumo de teorias e recursos dados como prontos passava a ser questionado e a crítica se voltava para a construção de conhecimentos e tecnologias mais próximas à realidade brasileira (Bastos e Francisco, 2005, p. 86).

É nesse contexto que a reflexão sobre o saber que embasava a prática passou da perspectiva unidisciplinar para a multidisciplinar em duas direções: uma dentro da própria psicologia e outra com diferentes saberes. Apesar da fragmentação existente entre as linhas psicológicas, em que a troca se tornou difícil com territórios tão demarcados, a tendência foi iniciar um diálogo diante da diversidade de demandas com as quais o psicólogo começava a se deparar. Esse diálogo se expandiu a outras áreas do conhecimento e se aproximou, principalmente, das Ciências Sociais através da Antropologia e da Sociologia, mas também de outros saberes mais específicos a depender do campo de atuação, como epidemiologia, medicina, fisiologia, administração, arquitetura, biologia, história, geografia, dentre outros. Essa relação entre campos do saber visava uma abordagem mais holística do ser humano, envolvendo a pluralidade de fatores que o constituía.

Bastos et. al. (1994, p. 88) oferecem uma tendência para a formação na área clínica que, em certo sentido, expressa o que vinha sendo pensado à formação como um todo:

A graduação tem que se constituir em um curso básico, forte e consistente, evitando-se a busca por especializações precoces. Devem ser pensadas formas de integração e reflexão sobre os conteúdos. Isto é, deve-se questionar a tendência de inserir disciplinas como forma de suprir os problemas de integração e instrumentalização para o saber atuar junto a diferentes contextos (Bastos et. al., 1994, p. 88).

Estando a prática clínica tradicional diretamente vinculada às críticas sobre a formação, a tendência foi também ocorrer mudanças em seu conceito. Alguns critérios que traduzem esse conceito tradicional de clínica são as atividades de psicodiagnóstico e terapia individual e/ou em grupo exercidas em consultórios particulares como profissão liberal, restrita a uma clientela de classe média e alta, e caracterizada por um enfoque intra-individual, em que os processos psicológicos são centrados em um indivíduo abstrato e a-histórico e no modelo médico, tendo a autoridade profissional sobreposta nas relações com o paciente (CFP, 1994). Já no caso da crítica a esse conceito outros fatores se fizeram presentes, quando ocorreu a institucionalização da prática clínica do psicólogo, principalmente, nos serviços públicos de saúde, momento em que se pode dizer que foram mais os novos desafios trazidos pela atuação institucional que influenciaram as reflexões sobre formação do que o contrário (Ferreira Neto, 2004).

Aqui, alguns pontos de esclarecimento são necessários. Quando aqui, neste estudo, se fala em *prática clínica tradicional*, em *clínica ao molde liberal*, e em *Psicologia Clínica Liberal*, se quer referir a uma mesma prática. Já o termo *Psicologia Clínica* é utilizado em sentido mais amplo, englobando quer a prática nos moldes liberal quer todo o processo de mudança que leva a clínica em psicologia a ser exercida em contexto institucional de saúde, mudança que vem ocorrendo ao longo dos últimos 30 anos.

Saraceno (2001) lembra da visão hipocrática-médica de clínica, que se refere inclinar-se sobre o leito, em que o paciente sem poder e doente é assistido pelo

profissional médico. É este tipo de modelo voltado a uma relação interindividual, em que o profissional detentor de um saber intervém sobre seu objeto na tentativa de solucionar alguma problemática de doença, que tem influenciado a Psicologia Clínica. A inspiração na prática médica, quer para caracterizar-se o modelo liberal, quer para atuar em clínica, é evidente, ainda que em seu desenvolvimento a prática do psicólogo tenha seguido caminhos diversos.

A influência da medicina sobre a psicologia tem raízes históricas e a crítica em relação ao modelo médico de atuação também se figura naquela do médico como profissional liberal de sucesso. Para Mello (1983, p. 71) “o patrocínio indiscriminado e acrítico dessa imagem” dificulta na conquista de reconhecimento do valor social da psicologia, uma vez que, ao invés de os psicólogos se aterem nos conhecimentos e técnicas próprios de sua área, teriam como foco a cura de doenças. O psicólogo, além de não reconhecer suas funções sociais, também se limitaria à prática clínica individual e negligenciaria outras modalidades de atuação profissional.

A clínica pensada como atendimento psicoterapêutico¹⁸, sendo este realizado através de práticas privativas, seria o que legitimaria para o profissional o que é ser psicólogo e o diferenciaria de outras categorias profissionais. Por isso, a necessidade de assumir uma espécie de “extra-territorialidade social” (Albuquerque, 1978), em que a manutenção da neutralidade política e social da prática seria uma maneira de permanecer com o controle da produção de seus serviços e com uma especificidade profissional intacta.

É importante destacar que a crítica ao modelo médico inserido na prática clínica na psicologia se intensificou em um momento em que a própria *Medicina Liberal* estava em pleno declínio e se configurando como *Medicina Tecnológica* (Schraiber, 1993), enquanto a psicologia atingia o auge desse modelo durante a

¹⁸ A Resolução CFP nº 010/2000, que especifica e qualifica a Psicoterapia como prática do psicólogo, a define em seu Art. 1º como “prática do psicólogo por se constituir, técnica e conceitualmente, um processo científico de compreensão, análise e intervenção que se realiza através da aplicação sistematizada e controlada de métodos e técnicas psicológicas reconhecidos pela ciência, pela prática e pela ética profissional, promovendo a saúde mental e propiciando condições para o enfrentamento de conflitos e/ou transtornos psíquicos de indivíduos ou grupos”. É importante destacar que 2009 foi considerado o ano da Psicoterapia pelo Sistema Conselhos de Psicologia com o objetivo de construir referências, padrões mínimos de atendimento e diálogo com outras profissões que reivindicam o exercício dessa prática. Para isso também será considerado a legislação que aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares do SUS e a Lei 13.717, que dispõe sobre a implantação de Terapias Naturais no Município de São Paulo (Jornal Psi, nº 160, abril-maio, 2009).

ditadura militar, momento em que o consumo por serviços privados de psicoterapia oferecidos por psicólogos aumentou entre as classes socioeconômicas média e alta (Ferreira Neto, 2004).

Na década de 1970, o quadro geral da assistência à saúde no país era de ações individuais médico-hospitalares de caráter privado e excludente, reflexo da longa história de políticas de assistência à saúde no Brasil, em que o Estado foi um dos principais financiadores de empresas médicas privadas. Em contraposição ao consultório particular, ampliavam-se as medicinas de grupo e os seguros de saúde entre a população de classe média e alta (Schraiber, 1993; Fleury e Giovanella, 1996; Cohn e Elias, 2003).

Esta passagem da Medicina Liberal à Tecnológica trouxe novos “donos” aos meios de produção, em que essa forma individualizada e independente da prática liberal, aparentemente, teria continuidade através da permanência das consultas médicas. Não obstante, como aponta Schraiber (1993):

[...] A posse dos instrumentos materiais, quando se der o aumento e a diversificação desses, não poderá ser totalmente mantida; mudarão também as condições de propriedade e demarcação dos espaços físicos, que já não serão só os do consultório, mas também o do hospital, que sendo cada vez mais importante para a prática, deixará de se dispor apenas como prolongamento do primeiro; mudará a qualificação técnica do médico, diversificando-se em tipo, abrangência e profundidade; mudarão os modos pelos quais o paciente integra esse processo para constituir o objeto de trabalho. Este conjunto não pode senão constituir distintas formas de articulação entre os componentes do processo de trabalho, implicando mudanças na ação, no volume de produção e no tempo gasto por unidade de trabalho realizada, não sendo, certamente, nenhuma das modalidades obtidas identificáveis à mesma consulta do modelo tecnológico anterior (Schraiber, 1993, p. 197).

Apesar de a psicologia ter vivenciado mudanças, em certo sentido, parecidas, com as ora descritas para a medicina, não se pode dizer que os rumos tomados foram os mesmos, sequer para o seu ramo clínico. Primeiro, tem-se o fato de que a psicologia como profissão já nascer com um ramo institucionalizado, o qual não se voltou para uma prática clínica e foi independente desta. Em segundo lugar está o fato de que a institucionalização da prática do psicólogo ligada a uma atuação

clínica, e que se deu no interior da prestação de serviços de saúde, relacionou-se também com uma crítica à própria atuação clínica, levando ao debate do papel social dessa profissão. Além disso, e em terceiro lugar, como aspecto que torna mais complexa a pretendida maior vinculação da atuação do psicólogo com o social, houve o surgimento de novas frentes de trabalho, clínico ou não, em Psicologia Social e Comunitária, que se entrecruzou com a saúde sem se restringir a esse setor e que permitiu tanto o contato direto com grupos e populações, quanto à ampliação das possibilidades de atuação assistencial, que envolvia aspectos da dinâmica social, cujas explicações extrapolavam os limites da psicologia (CFP, 1994; 2005).

Esse processo terminou por criar internamente ao campo da psicologia certa indefinição quanto ao lócus desse psicólogo das unidades básicas de saúde no território profissional: se um psicólogo clínico da saúde ou se um psicólogo social, em que a área da saúde seria uma das possibilidades. Estudiosos como Spink (2003), Kind (2007) e Stralen (2007) defendem a inserção via Psicologia Social.

Em 1992, outro estudo sobre a profissão, cujo foco estava na demanda social e no mapeamento de práticas emergentes, em consolidação e consolidadas na psicologia, conceituou a prática do psicólogo relacionada ao sistema de saúde como práticas em consolidação vinculadas à Psicologia Social (CFP, 2005; Bastos et.al., 2005).

No mesmo ano, as contribuições do Conselho Federal de Psicologia ao Catálogo Brasileiro de Ocupações (CBO) do Ministério do Trabalho, fizeram-se ampliar o conceito e as funções do psicólogo clínico e o definiu como agente específico da área da saúde, o que aponta para um lugar mais específico daquele psicólogo que atua em UBS e cujo papel é colocado abaixo:

... compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais ou informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas (CFP, 1992).

Enquanto local de prática, o psicólogo clínico atuaria na saúde geral do indivíduo em UBS, ambulatórios, hospitais gerais, pronto-socorros e, na atenção primária à saúde, participando de programas educativos e de treinamento em saúde mental em creches, asilos, sindicatos, associações, instituições de menores, penitenciárias, entidades religiosas, dentre outros, podendo ainda colaborar em equipe multiprofissional no planejamento das políticas públicas nos níveis do macro e micro sistemas (CFP, 1992).

Através da Resolução nº 218 de 06 de março de 1997, treze categorias profissionais de nível superior foram reconhecidas como sendo da saúde, dentre elas, a dos psicólogos no geral.

O foco nesse estudo é a institucionalização da prática clínica em UBS. Se o profissional que trabalha na área da saúde é psicólogo clínico ou social é uma controversa que se faz presente dentro da profissão, devido à compartimentalização da psicologia em campos de atuação. Muito dessa contradição se refere à outra mudança que a institucionalização trouxe no plano assistencial.

A preocupação com o reconhecimento da função social do psicólogo ocorreu a partir de dois planos principais: a legitimidade da recente profissão pela sociedade e a construção e uso de seus conhecimentos e práticas voltados à realidade social brasileira. O melhor caminho para isso seria expandir o campo de atuação do atendimento individual para a população e atuar em novas frentes e com novos atores, daí a oportunidade e relevância da inserção desse profissional nas unidades básicas de saúde.

A década de 1970 no Brasil foi marcada pela transição entre o governo ditatorial e o processo de redemocratização do país. Em meio a crises socioeconômicas e políticas, diversos movimentos da sociedade civil reivindicavam maior responsabilidade do Estado sobre as políticas sociais. Para este estudo se destacam dois movimentos que foram cruciais para um novo olhar sobre a saúde e, inclusive, para a inserção de diversas categorias profissionais em serviços públicos de saúde, dentre elas a do psicólogo: os movimentos da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica.

Ambos os movimentos dão-se em período histórico correspondente ao regime militar ditatorial e se inscrevem como movimentos simultaneamente de reforma ou

mudança na saúde e no Estado brasileiro. O caráter político de ambos se registra em suas postulações tanto técnico-científicas, quanto assistenciais: críticas ao saber biomédico e sua centralidade na abordagem estritamente médica dos adoecimentos e cuidados assistenciais, reivindicando-se uma abordagem mais interdisciplinar e multiprofissional, e críticas ao sistema de prestação de assistência à população, quer por sua excessiva ou exclusiva hospitalização, quer pelo seu caráter socialmente excludente, reivindicando-se, em particular na reforma sanitária, acesso universal e equidade assistencial.

O movimento da Reforma Psiquiátrica foi o que teve impacto mais direto sobre o exercício profissional do psicólogo. Contemporâneo ao da Reforma Sanitária, tendo como marco a criação do Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) em 1978, o movimento criticou o saber psiquiátrico, o modelo de assistência hospitalocêntrico e denunciou a violência dos manicômios e a mercantilização da loucura no Brasil. Como substitutivos desse modelo, propunham-se intervenções terapêuticas em equipes multiprofissionais e fora do hospital psiquiátrico (Brasil, 2005b).

Em consonância com a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1987 e que representou um marco na Reforma Sanitária, ocorreram a I Conferência Nacional de Saúde Mental e o II Encontro Nacional do MTSM, momento em que foi fundado o Movimento Nacional da Luta Antimanicomial (MNLA), que adotou o lema *Por uma sociedade sem manicômios*. A reivindicação passou a ser não somente a desospitalização, mas também a desinstitucionalização do portador de transtorno mental, a fim de resgatar sua cidadania, seu convívio familiar e social, e permitir a quebra de preconceitos. Na época, três principais modelos alternativos de intervenção realizados em cidades do Estado de São Paulo (São Paulo, Campinas e Santos) serviram de referência para a implantação de políticas públicas de Saúde Mental em todo o país a partir da década de 1990, a qual foi marcada mais pela proposta desses espaços substitutivos de assistência do que pela criação do trabalho do psicólogo nas unidades básicas de saúde, a qual ocorreu, sobretudo, na década anterior, sendo mais recentemente retomada, ainda que em outros termos.

Em São Paulo foi aberto o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do país na cidade de São Paulo, o CAPS “Prof. Luiz da Rocha Cerqueira”. A proposta

clínica e terapêutica desse CAPS era procurar formas coletivas e diversificadas que fizessem circular a escuta, a fala, a experiência e a expressão através de práticas diversas (medicação, psicoterapia, grupos, reuniões dos usuários) centradas na vida cotidiana da instituição e dos usuários (L'Abbate e Luzio, 2006; Hirdes, 2009; Martins e Vecchia, 2009).

Campinas já tinha uma forte atuação do Movimento Popular de Saúde desde a década de 1970, mas não havia avançado muito em relação à saúde mental até 1989, quando reformulações foram feitas e o centro de saúde passou a ser considerado porta de entrada para a assistência na área. Os ambulatorios de saúde mental foram fechados, os serviços descentralizados e os papéis e funções dos profissionais reorganizados. Abandonou-se a idéia de equipe mínima (psiquiatra, psicólogo e assistente social) da política nacional e estadual e houve uma reformulação a partir do projeto terapêutico de cada unidade básica. O Hospital “Dr. Cândido Ferreira” passou por uma reforma física e funcional, os pacientes se tornaram o centro das ações terapêuticas e ainda houve uma organização em hospital-dia, unidade de internação, núcleo de oficinas de trabalho e unidade de reabilitação de pacientes moradores (L'Abbate e Luzio, 2006).

Mas foi em Santos em 1989, que ocorreu a primeira experiência que efetivamente desconstruiu um aparato manicomial no país e construiu serviços substitutivos. A intervenção na Casa de Saúde Anchieta suspendeu qualquer ato de violência e foram abertos os espaços físicos internos do hospital, permitindo visitas e circulação de pessoas. As histórias de vida dos pacientes foram resgatadas, os diagnósticos e medicamentos revistos, e recuperadas as condições de higiene e alimentação. Ao mesmo tempo, procurou-se intervir no espaço social da cidade, facilitando a relação dos pacientes com a comunidade. Um novo modelo de atenção em Saúde Mental foi criado, tendo no Núcleo de Apoio Psicossocial (NAPS) a principal referência. Eles atendiam em tempo integral as demandas de saúde mental de cada região da cidade, principalmente as mais graves, e pacientes em crises; faziam atendimentos ambulatoriais, domiciliares, em grupos, intervenções na comunidade e ações de reabilitação psicossocial (Brasil, 2005b; L'Abbate e Luzio, 2006; Hirdes, 2009).

O que interessa destes exemplos é o modo como, não somente a saúde mental, mas a saúde no geral passou a ser redesenhada no Brasil e em outros países. Associada ao desenvolvimento socioeconômico das nações, novas estratégias de intervenção em saúde foram pensadas, tendo como foco ações locais em atenção básica à saúde. No Brasil, esta nova tendência iniciou não apenas a partir de movimentos sociais reivindicatórios, mas também com a crise do setor previdenciário, devido ao dispendioso gasto com a rede hospitalar privada (Cembraia, 2004).

Essa valorização da atenção básica foi mundial e estava pautada na Conferência Internacional de Alma-Ata sobre os cuidados primários de saúde realizada em 1978, e na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que ocorreu em Ottawa, Canadá, em 1986.

A Declaração de Alma-Ata, que enfatizava a saúde como um direito humano fundamental, colocando-a como a mais importante meta social mundial, tinha como peça chave o cuidado primário em saúde e o conceituava como:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

Já na Carta de Ottawa, produto final da Conferência no Canadá, promoção da saúde se referia ao,

... processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global (Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986).

Portanto, é dentro desse contexto de um novo olhar sobre a saúde, de valorização de ações junto com a comunidade e do trabalho multiprofissional, que o psicólogo se inseriu nos serviços públicos de saúde e, não por acaso, em ambulatorios e Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma vez que a instalação de serviços básicos com atenção primária passou a assumir um papel central nas políticas de saúde da década de 1980 (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Ao mesmo tempo, as crises que permearam o país nesse período atingiram a classe média consumidora dos serviços privados de psicologia, passando os psicólogos clínicos a terem dificuldades de manter seus consultórios particulares. A abertura de postos de trabalho no sistema de saúde, por meio de concursos públicos, surgiu, então, como uma oportunidade de estabilidade financeira e de manutenção da atividade clínica. De outro lado, e adicionalmente, essas novas oportunidades de atuação configuraram, mais amplamente, uma forma de se cumprir a função social da profissão aos moldes das proposições críticas que vinham sendo formuladas internamente à categoria profissional. Nesse sentido, tal institucionalização dos psicólogos permitiria tanto divulgar as ações da psicologia a outros profissionais, quanto atender mais amplamente a população e em suas diferentes necessidades.

No entanto, essa nova inserção, que também foi fruto de uma luta da própria categoria, trouxe novos desafios à Psicologia Clínica. Segundo Bock (1999, p. 321), a “realidade social entrava na Psicologia para remexer tudo o que, durante tantos anos, ficou naturalizado e cristalizado”.

Em relação às mudanças ocasionadas pela institucionalização, destacam-se o assalariamento do psicólogo, a perda relativa da autonomia na produção dos serviços

e a abertura a ações de prevenção e promoção à saúde. Se a prática liberal, vinculada à produção independente de serviços e ao desempenho pessoal do psicólogo, permitia autonomia sobre o processo de trabalho (busca e escolha de clientela, divulgação do serviço, valor dos honorários, dentre outros), agora a prática clínica estava atrelada a outra forma de organização do trabalho, em que novos atores se faziam presentes e exigiam uma atuação em conjunto com outras categorias profissionais, saberes e práticas, além da lida com imposições de ordem político-institucional, as políticas de saúde e suas implicações ao nível local dos serviços (Schraiber, 1993; Pereira e Pereira Neto, 2003).

Estes eram determinantes institucionais e transversais (Lourau, 1993), que até então exerciam pouca influência sobre o trabalho do psicólogo clínico ou, ao menos, podiam ser controlados no espaço mais seguro do consultório particular. O que ocorreu foi uma ruptura da “endogamia social” (Albuquerque, 1978), uma vez que a grande questão da função social da profissão não se resolveria com a ampliação do atendimento à população, mas traria novas problemáticas a serem enfrentadas e resolvidas. Nesse momento, a crítica passou da ênfase dada pelo psicólogo à “clínica de consultório” para a transposição desta à prática institucional, como se fosse possível um prolongamento da clínica tradicional sem considerar os diferentes intermediários que agora se faziam presentes entre a relação profissional-usuário e que, de certa forma, davam outra dinâmica à organização e à produção dos serviços prestados. A psicologia liberal, caracterizada como prática independente e isolada, começava a adquirir novos significados.

Schraiber (1993, p.123), à propósito da mudança da medicina liberal para a medicina empresarial e tecnológica, fala de um “mudar sem mudar essencialmente”, ou seja, com essa passagem de um modelo para outro, no espaço do consultório do médico, agora em empresas privadas ou instituições públicas, buscou-se “fixar padrões de atuação e fixar identidades”, numa tentativa de reprodução dessa identidade da prática liberal. Eram as resistências em manter um padrão de trabalho já conhecido pelo profissional e reconhecido pela sociedade e que, até o momento, não colocava em questão os limites existentes nos saberes e práticas da profissão. De forma análoga o psicólogo passou por similar experiência.

A institucionalização na área da saúde colocou como ponto de tensão a suposta neutralidade do psicólogo clínico e revelou as implicações deste profissional nas intervenções que exercia. As práticas sanitárias, principalmente voltadas à prevenção e à promoção da saúde, foram colocadas como novas frentes de atuação, para as quais o psicólogo não estava preparado. Tais frentes o colocavam diante de uma diversidade de demandas que exigiam diferentes saberes e práticas para sua resolução, tensionando o exercício profissional do psicólogo, ao situá-lo entre as exigências éticas da categoria e o que o serviço lhe impunha como necessidades a serem sanadas e como metas a serem alcançadas pelas políticas de saúde.

Neste sentido, por mais que se falasse da simples transposição da prática clínica liberal para o espaço institucional, e por mais que houvesse resistência à mudança, aquela prática não poderia mais se configurar como antes frente aos novos desafios colocados. Ampliou-se e diversificou-se a clientela, antes focada na relação interpessoal restrita à classe média e alta. A tendência a pensar o sujeito em inter-relação com seu contexto sociocultural também foi intensificada, bem como em conjunto com os demais profissionais da atenção básica, através do que se convencionou chamar de Clínica Ampliada (Brasil, 2009; Ferreira Neto, 2004). Todas as práticas clínicas (do médico, da enfermagem, do psicólogo) foram instadas a abordar os indivíduos em uma atenção mais integral, interdisciplinar e que considerasse a inter-relação com aspectos sociais, econômicos, culturais e familiares.

Em especial para a atuação do psicólogo, também surgiu a flexibilização do *setting* terapêutico como questão (Romagnoli, 2006). Esta é outra mudança em relação à psicologia liberal, quando o psicólogo deixa de atuar isoladamente e passa a se inserir em equipes multiprofissionais. Ferreira Neto (2004) aponta para o cuidado que se deve ter com a noção de flexibilização, uma vez que a economia neoliberal o utiliza com o propósito de normalizar subjetividades à serviço do controle social. Porém, para este estudo, a flexibilização do setting é considerada como flexibilização da divisão do trabalho, conforme proposta por Peduzzi (2001). Para a autora, flexibilidade é a coexistência de ações privativas das áreas profissionais e de ações comuns e indistintas executadas por agentes de diferentes campos de atuação que interagem na equipe de trabalho, o que faz com que esse

trabalho em equipe seja mais ou menos integrado a depender da ênfase que é dada entre especificidades de cada profissão e as ações comuns ou compartilhadas.

Além disso, o psicólogo tem assumido diversas outras funções à medida que se insere institucionalmente em serviços de saúde, tais como postos de coordenação, gerência, direção técnica, representação de Conselhos Gestores, dentre outros.

A multiplicidade de situações de trabalho que este profissional passou a enfrentar também foi acompanhada da diversidade de meios e formas terapêuticas. De profissional liberal restrito, principalmente, a atividades de psicodiagnóstico e psicoterapia individual, o psicólogo clínico pode utilizar, além da psicoterapia tradicional, psicoterapia breve; recursos expressivos e artísticos; técnicas grupais com dramatizações; abordagens corporais, que envolvem técnicas orientais, dentre outros.

Essas mudanças ocorridas no plano da prática profissional não foram verificadas em paralelo no plano da formação escolarizada, com grande impacto na dupla definição das identidades profissionais: uma que se dá com base nas atuações concretas na vida cotidiana profissional e outra a partir da certificação graduada (diploma de graduação), que supõe uma delimitada atuação que no mercado de trabalho já não mais ocorria nos mesmos termos.

Por exemplo, no primeiro estudo sobre a profissão de psicólogo, Botomé (1988, p. 277) colocou que a formação profissional estava baseada na concepção de “modelo pronto de trabalho em Psicologia”. Quando atividades não tradicionais eram utilizadas, eram feitas com desconforto e insegurança e a tendência era retomar os modelos já conhecidos. Já no segundo estudo (CFP, 1994), o discurso dos profissionais era outro. Para os entrevistados, uma inserção inovadora do psicólogo clínico seria contextualizar a clínica de acordo com a clientela e independente de onde ela acontecesse, isto é, em que “setting” ela ocorresse. Para tal, o profissional deveria manter uma contínua reflexão sobre a prática, fazendo uma leitura específica da demanda colocada institucionalmente, com base em uma sólida formação em conhecimentos também de outras áreas além da psicologia, devendo ter, ademais, outras características interpessoais, como capacidade de observação, empatia, flexibilidade e adaptabilidade, reflexão crítica, curiosidade intelectual e capacidade intuitiva (Bastos et. al., 1994).

A tendência encontrada em relação à tensão entre atuação na prática profissional e formação, no caso da psicologia, também pode ser vista relativamente ao profissional de saúde de modo geral, no que diz respeito à atenção básica. Isto porque a formação dos alunos de graduação é pautada, sobretudo, na prática profissional que emerge da experiência hospitalar, desde o estabelecimento das profissões modernas em saúde (Schraiber, 1989). Já na atenção básica, a prática profissional se vê frente a patologias cientificamente mais simples, porém, de um cuidado mais complexo. É nesse sentido que a interdisciplinaridade e a atenção integral se fazem questões explicitamente presentes. De modo convergente com essa consideração, Feuerwerker (2003) dirá que para ampliar sua capacidade de explicação, as ciências precisam dialogar entre si e este é o desafio atual: reconhecer a complexidade das questões da vida e buscar novas explicações, que rompam fronteiras com diversos campos científicos, especialmente na formação do profissional de saúde. O novo caráter de uma ciência inventiva e construtiva deve dar conta dos diversos e diferentes componentes que formam os saberes (Barros e Passos, 2000).

As universidades têm tentado ampliar sua relevância social e a expectativa é que este espaço de produção de conhecimentos esteja aberto às demandas sociais e seja capaz de formar profissionais críticos que saibam trabalhar em equipes. Além de dar conta de tarefas tradicionais de caráter técnico, os profissionais precisam entender o que é o trabalho em saúde hoje e estarem preparados a dialogar com setores diversos e a incorporar em suas atividades uma atuação política junto a grupos populacionais, institucionais, órgãos de administração pública, dentre outros (Santos e Westphal, 1999).

Dentro das diretrizes curriculares, tem-se pensado competências gerais para o exercício profissional em quase todas as áreas, dentre elas a da saúde. Para esta, características como saber se comunicar (verbal, não-verbal, escrita e leitura); ser comprometido; responsável; guardar informações confidenciais; saber gerenciar recursos humanos, físicos, materiais e equipes; ser empático e receptivo a interações com a comunidade e usuários; ser capaz de estar sempre aprendendo, e de trabalhar em equipes são alguns dos pré-requisitos para este novo cenário em que se vincula o processo saúde-doença. É preciso realizar trabalhos transversais que incluam novas

tecnologias, métodos inovadores e reflexivos na formação do profissional de saúde (Tomaz, 2002; Feuerwerker, 2003).

Essas mudanças das práticas em saúde têm apontando para a necessidade de habilidades a serem desenvolvidas pelos profissionais que irão trabalhar nas unidades básicas de saúde e em situação de trabalho de equipe, tais como o vínculo do profissional com os pacientes e usuários da atenção primária, e a questão da escuta qualificada diante da complexidade do cuidado nesse nível de atenção. É claro que tais necessidades se apresentam com qualificações ou especificidades diversas para as diferentes categorias profissionais presente nessa atenção. Isto significa que vínculos e escutas qualificadas serão específicos a cada qual o que, todavia, tem gerado alguma confusão conceitual, pois ao se apresentar como necessidade compartilhada por todos os profissionais, pode-se entendê-las como uma espécie de necessidades genéricas e, eventualmente, até tomá-las como características inatas do ser humano. Ao contrário, tais necessidades não podem ser exercidas por qualquer um do mesmo modo ou qualquer profissional sem distinção. É necessário saber ouvir, ser acolhedor, trabalhar em equipe e se comunicar e articular essas habilidades com os requisitos técnicos de cada atuação profissional.

No caso da psicologia, esta questão se torna ainda mais delicada, porque, diferente da medicina tecnológica bastante valorizada nos dias atuais, o principal instrumento de trabalho do psicólogo não são equipamentos ou tecnologias materiais, mas a escuta, a fala, a conversa e o encontro com o outro. Essa questão pode trazer uma universalização da psicologia tradicional, pois tanto poderia levar à suposição de que para o psicólogo não haveria necessidade de requalificar tudo isso na atenção básica, quanto à suposição de que a formação tradicional do psicólogo, se estendida aos demais, resolveria a necessidade de escuta e vínculo para qualquer profissional da saúde. Tudo isto pode levar à idéia de que, teoricamente, qualquer um poderia “conversar” e se colocar no papel de “ouvinte” do outro.

Assim sendo, nem o psicólogo se “desespecializa” ou perde a identidade de profissão – mas requer uma atualização de sua identidade para o trabalho em equipe multiprofissional –, nem os demais profissionais de saúde se tornam psicólogos, mas devem, tanto quanto estes, aprender a trabalhar em equipe.

CAPÍTULO III

Saúde mental na Atenção Básica à Saúde: os movimentos das políticas públicas de saúde em São Paulo e a inserção do psicólogo

1. Políticas de Saúde Mental na Atenção Básica a Saúde no Estado de São Paulo

Giordano Junior (1989) propõe três períodos para estudar as políticas de assistência ao doente mental nos serviços públicos do Estado de São Paulo. Um primeiro que vai de 1898 a 1923 e corresponde à gestão de Franco da Rocha no hospital do Juqueri. Um segundo período é dividido em duas fases: de 1923 a 1937, em que predomina a gestão das práticas psiquiátricas pelo serviço público, e de 1937 a 1947, cujo ensino médico passa a ser um campo preferencial. A última fase também é dividida em duas, uma que se estende de 1947 a 1967, caracterizada pela primeira iniciativa oficial do Estado em realizar campanhas de higiene mental dentro de seu órgão de assistência psiquiátrica, e outra fase a partir de 1970, em que, segundo o autor, persiste um discurso higiênico substituindo a higiene mental por saúde mental.

Para este tópico interessa a articulação entre atenção básica à saúde e saúde mental que ocorreu, principalmente, a partir da década de 1970 no Estado de São Paulo e contribuiu para a ampliação do mercado de trabalho do psicólogo na saúde pública do país (Antunes, 1998).

Na década de 1920 Geraldo H. de Paula Souza fez uma primeira proposta da criação de Centros de Saúde (CS), os quais somente surgiram na cidade de São Paulo na década de 1950. O Centro de Saúde Santa Cecília foi o primeiro a receber uma equipe para trabalhar com ações de higiene mental, cuja finalidade educativa era voltada a entrevistas individuais e a grupos, atendendo gestantes, mães, pré-escolares e adolescentes (Mendes-Gonçalves, 1994; Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000; Cambraia, 2004).

Nesse período, a noção de educação sanitária deixou de ser reduzida à higiene e foi reelaborada a partir da *história natural das doenças* a qual, ao postular a invisibilidade clínica (patologias em curso, mas de caráter assintomático; riscos de adquirir doenças futuras causadas pelo meio ambiente e modos de vida, e causas genético-familiares), redirecionava as ações assistenciais para atender o paciente em seu todo *biopsicossocial*, e reorientava a organização do sistema de cuidado, agora dividido em níveis de intervenção baseados na complexidade patológica: os níveis primário, secundário e terciário. A *educação sanitária* passou a ser denominada *educação em saúde*, que tinha como função transformar essas necessidades assintomáticas em necessidades pertinentes de cuidados básicos (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000).

Dizer que a atenção básica à saúde é uma “assistência de baixo custo” e de “baixa complexidade” tem origem histórica, já que foi criada para ampliar a prestação assistencial de forma barata e simplificada à população pobre e excluída dos serviços de saúde. Ao contrário desta visão, prefere-se pensá-la de acordo com Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), como uma forma específica de organizar a prática em saúde, cuja complexidade assume uma característica particular.

Segundo Giordano Jr. e Pereira (2000), a reformulação das políticas de assistência em saúde mental ocorreu nesse espaço da saúde pública pensada a partir do atendimento integral, visando o todo biopsicossocial e tendo como base a história natural da doença.

No ano de 1960, considerado como o Ano Mundial da Saúde Mental, o termo *Higiene Mental* passou a ser designado *Saúde Mental* e integrado à saúde pública (Cambraia, 2004).

A *Higiene Mental* designava um campo teórico-prático que incluía a *higiene* e as *práticas curativas*. Através desta, ampliava-se o objeto de intervenção, que deixava de ser apenas o indivíduo louco como também o portador de agravos menos graves e as pessoas sadias. Já a *higiene* se caracterizava como *higiene social*, cuja idéia era atingir o coletivo através do individual, utilizando-se de palestras, divulgação dos conhecimentos psicológicos e psicanalíticos, educação infantil, dentre outros (Antunes, 1998).

As proposições de *Higiene da Saúde Mental* não eram as mesmas da *Higiene Mental*. Naquela, a intervenção sobre o objeto deixou de ser o indivíduo e seu corpo, e passou a ser coletivo, a partir da psicologização de normas sociais. Quando os transtornos mentais “mais graves” se ampliaram para uma parcela significativa da população, a oferta de serviços para casos “menos graves” também aumentou e se organizou não como prática privada, mas como política pública; a proposta de saúde mental se uniu a de saúde pública também como forma de expandir a cobertura de assistência (Antunes, 1998).

A reforma administrativa do final da década de 1960 estabeleceu que a Coordenadoria de Saúde Mental (CSM), criada à mesma época, se integrasse à Coordenadora de Saúde da Comunidade (CSC) para criar um sub-programa de saúde mental vinculado à programação geral da Secretaria Estadual da Saúde (SES) e adaptado à rede de Centros de Saúde. Propunha-se reduzir os riscos de transtornos psiquiátricos e elevar os níveis de saúde mental da população, ampliando a oferta de serviços de saúde mental, realizando pesquisas epidemiológicas em cada região administrativa, e integrando os serviços a nível local, bem como a assistência médica, psicológica e social.

Uma importante contribuição ocorreu em 1972 através do convênio entre CSM e Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (USP), que tinha dentre seus pressupostos integrar ações em saúde mental às demais ações de saúde desenvolvidas por equipes multiprofissionais em Centros de Saúde Geral; incluir a dimensão social e do grupo familiar no tratamento; utilizar recursos da comunidade, e estimular o interesse de profissionais de saúde e estudantes por programas de saúde mental comunitária.

Já em 1977, criou-se a Divisão de Ambulatórios da Coordenadoria de Saúde Mental, cujas atribuições eram a assistência ambulatorial à doença mental, a promoção comunitária à saúde mental, a prevenção de toxicomanias, e ainda, a oferta de supervisão técnica às equipes de saúde mental que passavam e integrar os Centros de Saúde da capital e do interior (Hoisel-Pitta, 1984; Giordano Junior, 1989; Cambraia, 2004).

Em 1979 foram estabelecidas as diretrizes para a Política de Saúde Mental, que tinha como princípios ações integradas de saúde, considerando o contexto sócio-

cultural e sócio-familiar do paciente; a participação da comunidade; o desenvolvimento de ações preventivas, a fim de reduzir transtornos em grupos de alto risco (materno-infantil, adolescentes e idosos); a identificação precoce de casos, e a promoção de atividades de reabilitação (Giordano Junior, 1989).

No mesmo ano e como parte do processo que resultou na adoção do sub-programa de saúde mental, diversas equipes compostas por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais fizeram um curso de formação em saúde mental realizado em convênio entre CSM, Ministério da Saúde (MS) e Faculdade de Saúde Pública da USP (FSP-USP), a fim de suprir a necessidade de recursos humanos na área. Não ocorrendo a absorção dos participantes conforme programado, houve intensa mobilização que culminou na contratação dos mesmos em Centros de Saúde em 1980 em diversos bairros da capital e em cidades da grande São Paulo. Após o início das atividades, as equipes passaram a reivindicar o estabelecimento de diretrizes mais claras e melhores condições materiais e técnicas de trabalho, o que resultou no *Relatório Geral das Atividades das Equipes de Saúde Mental nos Centros de Saúde I da Grande São Paulo*. No ano seguinte, um grupo de trabalho foi convocado para propor medidas ao desenvolvimento do sub-programa de Saúde Mental (Hoisel-Pitta, 1984; Giordano Junior, 1989).

Segundo Giordano Jr. (1989), apesar de tais propostas serem inovadoras, por introduzir na saúde mental o referencial epidemiológico de detecção de grupos e graus de risco e retirar a psiquiatria de seu campo exclusivo ao incluí-la, como saúde mental, aos demais programas de saúde da SES, suas diretrizes não foram executadas e a tendência até o início da década de 1980 foi permanecer o elevado número de internações psiquiátricas, principalmente em hospitais privados.

Curiosamente, a taxa de empregos de psicólogos pelo setor da saúde entre 1976 e 1984 perdeu somente para a de médicos sanitaristas, os quais também foram contratados na segunda metade da década de 1970 para gerenciarem os Centros de Saúde (Mendes-Gonçalves, 1994; Dimenstein, 1998; Oliveira, 2005).

Somente com a redemocratização do país e com as primeiras eleições diretas para governador em 1983, que equipes de saúde mental foram alocadas em quase todos os Centros de Saúde e ambulatorios, com o objetivo de trabalharem na redução de internações hospitalares e promoverem ações terapêuticas ambulatoriais.

Quem assumiu o governo do Estado de São Paulo foi André Franco Montoro, o qual efetivamente pensou uma política de saúde mental. Vindo de uma história de luta pela democracia, sua gestão foi marcada, dentre outras, pelas seguintes propostas: *descentralização* político-administrativa, permitindo aos municípios decidirem tudo o que pudesse ser resolvido a nível local; *participação* comunitária com a criação de diversos Conselhos Estaduais; *pluralismo*, abrindo o diálogo a vários seguimentos sociais, e *justiça e equidade na distribuição dos bens sociais* de interesse da população, como saúde, educação, alimentação, transporte e habitação (São Paulo, 1987).

Três importantes iniciativas que ocorreram durante seu governo foram de especial importância para a área da saúde como um todo e para a saúde mental especificamente: as Ações integradas de Saúde (AIS), o Programa Metropolitano de Saúde (PMS) e a *Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios*.

Em 1981, com a crise do setor previdenciário, foi criado o CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), que tinha como objetivo reorientar a assistência à saúde no âmbito da Previdência Social, a fim de melhorar a qualidade assistencial, o acesso da população à saúde e a humanização do atendimento (Jackson e Cavalari, 1991; Dimeinstein, 1998; Oliveira, 2005).

Um dos principais projetos do CONASP foram as Ações Integradas de Saúde (AIS), cujo convênio firmado em 1983, previa um novo padrão de relação entre Previdência Social, estados e municípios, modificando o eixo de privilégio dos recursos e viabilizando a ampliação da cobertura assistencial em saúde, tendo como prioridade a atenção básica e ambulatorial. O eixo organizativo era centrado em uma rede de serviços integrados e regionalizados composto por UBS, ambulatórios especializados e hospitais. A atenção básica correspondia aos cuidados primários (a “porta de entrada”) de um sistema organizado em níveis de complexidade tecnológica (primário, secundário e terciário) e de ações técnicas. Com essa integração, começava-se a viabilizar o acesso universal à saúde, em que a população, previdenciária ou não, teria o direito de ser atendida pelos serviços públicos nas três esferas do governo (Hoisel-Pitta, 1984; Jackson e Cavalari, 1991; Cohn e Elias, 2003).

Na Saúde Mental, as diretrizes básicas eram a desospitalização, a integração dos serviços, o combate à marginalização do paciente com transtorno mental, o incentivo a ações em equipe multiprofissional e, principalmente, a formalização da assistência primária em saúde mental (Hoisel-Pitta, 1984; São Paulo, 1987).

A UBS passou a ser a “porta de entrada” do sistema de saúde com o objetivo de promover, prevenir, diagnosticar, tratar e reabilitar, além de oferecer alta capacidade resolutive dos principais problemas de saúde da população a nível local. A adoção de políticas sociais para combater as desigualdades socioeconômicas se relacionava à prevenção de doenças psicossociais. As palavras de Montoro durante sua campanha eleitoral em 1982 expressam a relação entre perturbações psíquicas e determinantes sociais e econômicos:

A severa desigualdade na distribuição da renda, a acelerada expansão demográfica, a progressiva urbanização das populações, o afrouxamento dos vínculos familiares, a precariedade das habitações, a carência alimentar, as dificuldades de transporte e o desemprego são fatores de tensão e condicionadores da demanda crescente por assistência psiquiátrica (São Paulo, 1987, p. 88).

Em consonância com as AIS, o *Plano Metropolitano de Saúde* (PMS) tinha como objetivo melhorar os serviços de saúde mental existentes na região metropolitana através de um sistema integrado e hierarquizado que oferecesse atenção integral à saúde. Dentre seus princípios estava a garantia de acesso da população aos serviços de saúde construindo postos de assistência próximos à moradia das famílias e o incentivo à participação da comunidade no processo de decisões sobre a saúde (Hoisel-Pitta, 1984; Cambraia, 2004; L’Abbate e Luzio, 2006).

Ao final do governo Montoro havia 109 UBS e 31 ambulatórios com equipes de saúde mental no Estado (contra 19 e 18, respectivamente no início da gestão), além de sete serviços 24 horas de emergência psiquiátrica até então ausentes na região metropolitana. As equipes de saúde mental foram ampliadas de 19 para 46 na grande São Paulo e de 17 para 60 no interior e contavam com psicólogos, psiquiatras, assistentes sociais e atendentes. Em 1985, quatrocentos cargos desnecessários de

serventes da Coordenadoria de Saúde Mental foram trocados por 202 de profissionais considerados indispensáveis para o atendimento a transtornos mentais: 55 assistentes sociais, 40 psicólogos, 35 enfermeiros, 30 terapeutas ocupacionais, 25 auxiliares de enfermagem e 17 motoristas. (Jackson e Cavalari, 1991; São Paulo, 1987, p. 94).

Apesar dessas iniciativas, que impulsionaram a inserção de psicólogos na rede pública de saúde, em especial, na atenção básica, as ações realizadas nos serviços continuavam sem uma sistematização, o que gerou em 1983 a publicação da *Proposta de Trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental*¹⁹. Esta Proposta era o primeiro documento dentro de uma estratégia política, que tinha a intenção de resgatar, organizar e divulgar experiências de práticas institucionais que já vinham sendo realizadas por alguns profissionais, e de criar um roteiro de possíveis atividades a serem realizadas em ambos os serviços. A maior preocupação era não permitir que a saúde mental vinculada às demais práticas de saúde transformasse a UBS e o ambulatório em pequenos manicômios. Por isso, planejava-se a participação dos usuários no processo de discussões e encaminhamentos de soluções aos problemas de saúde de cada serviço (Hoisel-Pitta, 1984; Jackson e Cavalari, 1991).

Na UBS, as ações seriam de atenção primária (prevenção, promoção e tratamento) realizadas na comunidade (controle sanitário, vigilância epidemiológica, discussões comunitárias sobre questões relativas à saúde) ou dentro do serviço (promoção à saúde através de atenção materno-infantil, saúde a mulher, dentre outros). O trabalho preventivo seria pensado para além de ações profiláticas do meio e envolveria discussões em torno do preconceito em relação à doença mental e da articulação entre o sofrimento psíquico e seus determinantes. Dentre as principais atividades propostas estavam a integração da equipe de saúde mental com as demais equipes da UBS; reuniões diversas (gerais, técnicas, distritais); oferecimento de suporte às ações de assistência, mapeando e mantendo contato com recursos da comunidade (de saúde ou não), assessorando os demais profissionais sobre a saúde

¹⁹ “Proposta de trabalho para equipes multiprofissionais em unidades básicas e em ambulatórios de Saúde Mental”. *Arquivos da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado de São Paulo*. Volume XLIII, nº Especial, 1983. In: Hoisel-Pitta AM. *Sobre uma Política de Saúde Mental* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1984; Jackson AL, Cavalari CD. *Estudo sobre a inserção do psicólogo nas unidades básicas de saúde*. São Paulo: CRP; 1991.

mental, acompanhando em visitas domiciliares, quando necessário e contribuindo numa visão menos estigmatizante. Além disso, a equipe também receberia treinamento e supervisão, quando oferecidos, e contribuiria com ações clínicas (individual ou em grupo) relacionadas, inclusive, aos grupos diversos (de idosos, de gestantes, de mães, de tuberculosos, de psicóticos, dentre outros) já existentes no serviço (Hoisel-Pitta, 1984).

O trabalho em ambulatórios previa ações parecidas as da UBS, porém, considerado como de atenção secundária, se caracterizaria como um espaço de continência de situações mais críticas, complexas e individualizadas. Para isso, estava organizado em *Programas de Intensidade Máxima, Intensidade Mínima e de Menor Intensidade*²⁰ e previa um número maior e mais diversificado de profissionais (Hoisel-Pitta, 1984; Jackson e Cavalari, 1991).

Para ambos, previam-se ações de avaliação e supervisão clínica e da dinâmica institucional; entrevistas agendadas, mas com preparo para atendimento emergencial, se necessário; processo diagnóstico individual ou familiar, dando prioridade à abordagem em grupo (com cinco a oito usuários) ou mista. O privilégio pelo enfoque de grupo deveria ser pautado não somente por razão econômica ou de alta demanda, mas como uma técnica que contribuiria com a troca de dificuldades entre os usuários e com o estímulo de resolução dentro do próprio grupo (Hoisel-Pitta, 1984).

O governo Montoro foi de grande importância para a saúde mental no Estado e na cidade de São Paulo. Iniciaram-se ações que já refletiam a luta que vinha sendo travada pelo movimento da Reforma Sanitária e que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no país, o qual teve seu marco legal a Constituição de 1988 em seus artigos 196 a 200. Sua regulamentação ocorreu em 1990 com a Lei nº 8.080, que dispunha sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, e com a Lei nº 8.142, que dispunha sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as

²⁰ O Programa de Intensidade Máxima atendia pacientes psicóticos ou em crise aguda de ansiedade e/ou depressão, dependentes de drogas e familiares. Tais pessoas realizam atividades em um período do dia (manhã ou tarde). No Programa de Intensidade Mínima eram atendidos recém-egressos de internações psiquiátricas e desenvolvidos psicoterapia individual e em grupo, terapia familiar e grupos de atividades. Já no Programa de Menor Intensidade eram atendidos pacientes com menor necessidade de acompanhamento ou que não podiam frequentar regularmente o ambulatório (Cambráia, 2004).

transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Esta agora era “direito de todos e dever do Estado”, garantido por políticas sociais e econômicas, cujo fim era a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Seus objetivos eram o de identificar e divulgar os fatores condicionantes e determinantes da saúde²¹, formular políticas de saúde (dever do Estado) e oferecer assistência à população, integrando ações de promoção, proteção e recuperação com ações assistenciais e preventivas.

Após a regulamentação do SUS, as políticas de saúde mental no país passaram a ser formuladas considerando os princípios do Sistema de *universalidade* no acesso; de *integralidade* e *igualdade* na assistência através da articulação de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos e sem preconceitos ou privilégios, e de *descentralização* político-administrativa, marcada pela regionalização e hierarquização da rede de serviços e pelo aumento do poder dos municípios na gerência sobre a saúde (Brasil, 1990).

Na década de 1990, o foco de investimentos das políticas no setor recaiu sobre a organização e implantação de uma rede substitutiva e de programas de saúde mental, principalmente para egressos de internação.

A Portaria nº 224 de 1992, que dispõe sobre as normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares em saúde mental, dividiu as normas entre serviços *ambulatoriais* (Unidades Básicas, Centros de Saúde e Ambulatórios; NAPS e CAPS) e *hospitalares* (Hospital-Dia; Serviços de Urgência Psiquiátrica em Hospital-Geral; Enfermarias de Saúde Mental em Hospital-Geral; Hospitais Especializados em Psiquiatria). Não é interesse nesse estudo descrever cada um desses serviços e suas ações, mas identificá-los como parte de uma rede substitutiva de referência e contra-referência, que passou a ser organizada no país (Brasil, 1992).

Os psicólogos continuaram a trabalhar em UBS, mas muitos foram absorvidos por esses novos equipamentos, que começavam a compor uma rede assistencial de

²¹ “Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (Brasil, 1990).

saúde mental, principalmente, extra-hospitalar. Ao longo desta década, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) passou a ter posição estratégica e assumir o papel de organizador da rede, regulador da porta de entrada e com função, inclusive, de dar suporte aos profissionais da rede básica de saúde (Cambraia, 2004; Brasil, 2005).

Os principais marcos nesta direção estão descritos brevemente abaixo²²:

- Declaração de Caracas: produto da *Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica* realizada na Venezuela em 1990, onde se firmou um acordo entre os países da América Latina no comprometimento de reestruturar a assistência psiquiátrica através da atenção primária, na qual modelos alternativos seriam centrados na comunidade e em redes sociais (Brasil, 2005b).

- II Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 1992: discutiram-se as propostas dos “lares abrigados” e do Programa “De Volta pra Casa”. O primeiro foi introduzido no âmbito do SUS como Serviço de Residência Terapêutica (SRT) ou, simplesmente, “moradia” através da Portaria Ministerial nº 106/2000, e o segundo, somente foi criado com a Lei Federal nº 10.708/2003, que instituiu o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internação (Brasil, 2003; 2004a; 2005b).

- III Conferência Nacional de Saúde Mental realizada em 2001: se caracterizou pela forte presença de representantes dos usuários, estabelecendo o controle social como um avanço à Reforma Psiquiátrica, além de defender a construção de políticas de saúde para usuários de álcool e drogas e também concretizar o valor estratégico do CAPS como organizador da rede de saúde mental (Brasil, 2005b).

- Lei nº 10.216: em trâmite no Congresso Nacional desde 1989, foi decretada em 6 de abril de 2001 e *dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental*, priorizando o tratamento em serviços comunitários de saúde mental e indicando internação somente se esses outros serviços se fizerem insuficientes. No entanto, não ofereceu mecanismos claros para a progressiva extinção dos manicômios (Brasil, 2001; 2005b).

²² Para aprofundar a temática, recomendam-se as referências bibliográficas completas indicadas ao final desse estudo.

- Carta de Brasília: produto da *Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois da Declaração de Caracas* realizada em 2005. Estabeleceu princípios orientadores para o desenvolvimento da atenção à saúde mental nas Américas, reafirmando aqueles de Caracas relacionados aos direitos humanos dos portadores de transtornos mentais e da constituição de uma rede de serviços substitutivos que integrasse, dentre outros, atenção integral multidisciplinar e “vínculos sólidos com os serviços de Atenção Primária, os quais devem ter alta capacidade resolutiva”. Além disso, a Carta advertia sobre os novos desafios em relação à “vulnerabilidade psicossocial” de indígenas e resultante da urbanização desordenada das grandes metrópoles, à “morbidade e problemática psicossocial da infância e adolescência”, à reivindicação de medidas efetivas na área de prevenção ao suicídio e abuso de álcool e ao aumento das diferentes formas de violência, que exigem intervenção dos serviços de saúde mental, em especial, de apoio às vítimas (Brasil, 2005a).

- Carta de Campinas: produto do *I Seminário Nacional de Saúde Mental nas Grandes Cidades* realizado em 2008, em que se contou com a participação de gestores de saúde das 22 maiores cidades do país e de seus Estados-sede, além de profissionais e docentes de saúde mental. O objetivo do Seminário foi debater e construir soluções para problemas emergentes em saúde mental nas grandes cidades e teve três principais eixos: o manejo das crises e regulação da porta de internação e urgência/emergência; o manejo de questões que envolvem o uso de álcool e outras drogas; a questão da população de rua e a rede e articulação com a Atenção Básica, em que já se recomendava a implantação de equipes de matriciamento da atenção básica e a ampliação da cobertura do PSF/PACS e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), articulando-os sistematicamente ao CAPS. A Carta também recomendava que o NASF cumprisse sua função de matriciamento, a fim de não se tornar ambulatório de especialidade.

Estas iniciativas já apontavam para um novo lugar que a saúde mental viria a assumir na atenção básica à saúde. Este lugar se consolida e sofre novas acomodações com base em uma nova proposta de reorganização da atenção básica que começou a ser implantada no Brasil na década de 1990. Trata-se do Programa

Saúde da Família (PSF)²³, como foi chamado inicialmente, e iniciado por meio do Programa de Agente Comunitário da Saúde (PACS) implantado pelo Ministério da Saúde em 1991, após uma experiência exitosa realizada no estado do Ceará em 1987. Com sua implantação em 1994, o PSF passou a configurar uma estratégia de reorganização da atenção básica no país. Sua missão é reorganizar a UBS, a fim de torná-la mais resolutiva e aproximar profissionais de saúde e comunidade numa perspectiva de prática de saúde integral e participativa. O PSF elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilização entre profissionais de saúde e população (Ciampone e Peduzzi, 2000; Silva, 2002; Werthein, 2003).

A justificativa para essa nova forma de pensar saúde está na impossibilidade do modelo biomédico (centrado na doença e na cura) e hospitalocêntrico de democratizarem o acesso ao atendimento e de viabilizarem práticas interdisciplinares e intersetoriais que abarquem a multiplicidade e complexidade dos determinantes do processo saúde-doença.

A equipe nuclear do PSF foi formada por um médico, um enfermeiro, entre um e dois auxiliares de enfermagem e cinco a seis agentes comunitários de saúde (ACS), cuja responsabilidade era cadastrar famílias em um determinado território e acompanhá-las em suas questões de saúde-doença. A inserção de outros profissionais (contratados ou já presentes na UBS) ocorreria, progressivamente, atuando como apoio ou diretamente nas equipes. Contudo, o que se constatava é que mesmo sendo vistos como necessários à manutenção do Programa, não havia um parâmetro que garantisse a participação dos mesmos, ficando sob a dependência de recursos financeiros, da existência de equipamentos sociais, da disponibilidade de recursos humanos, e da realidade epidemiológica da região em que o PSF se fazia presente. Assim, apesar de um discurso que apontava a importância de se descentrar da figura do médico para a prática do PSF, as equipes terminaram por se centrar neste profissional e a trabalhar efetivamente com profissionais diretamente ligados apenas ao médico.

Duas importantes iniciativas que se articulam nesse processo de ações e que são extremamente significativas na relação estabelecida entre saúde mental e atenção

²³ Atualmente, fala-se em Estratégia Saúde da Família (ESF)

básica vêm ocorrendo desde 2003: a Política Nacional de Humanização (PNH) e o apoio matricial, ambos utilizados pelo Ministério da Saúde como arranjo organizacional que visa estabelecer ações mais integradas e interdisciplinares com o conjunto dos profissionais (Campos e Figueiredo, 2009).

A Humanização é uma política transversal, que além de seguir os princípios do SUS de universalidade, integralidade, equidade e controle social, também está ligada a conceitos muito próximos aos utilizados pela psicologia, como o de clínica ampliada, vínculo e acolhimento, apesar de não se referir a esta área especificamente. Essa política parte do pressuposto de que, além do pouco investimento na qualificação dos profissionais de saúde, também quase não existem dispositivos que incentivem a co-gestão entre trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde, fazendo do usuário apenas alvo de intervenções, muitas vezes, de caráter humanitário e filantrópico, sem garantir de fato o seu direito à saúde (Brasil, 2004b).

Neste sentido, essa política valoriza a autonomia, o protagonismo e a co-responsabilização de todos os atores envolvidos nesse processo (trabalhadores, gestores, usuários, familiares, unidades de saúde e instâncias do SUS). O foco não é somente garantir os direitos dos usuários à saúde, mas também garantir melhores condições de trabalho aos profissionais, para que possam superar seus limites, experimentar e criar novas formas de organização dos serviços, permitindo tanto a circulação de poder, quanto uma participação como co-gestores de seus processos de trabalho (Brasil, 2004b; 2009).

Por ser uma política transversal, espera que as fronteiras rígidas entre saber/poder sejam ultrapassadas e que novos arranjos coletivos sejam provocados e construídos. Desse modo, tal política pretende se constituir em uma “rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania”, em que cada história de vida se faz única, mas também coletiva ao contribuir na construção de muitas outras histórias (Brasil, 2004b).

Para a atenção básica à saúde (ABS), a PNH foi pensada em 2009, tomando como parâmetro a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Esta política coloca o modelo de atenção básica como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS e entende a ABS como um conjunto de ações em saúde, individuais ou coletivas, que envolve a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o

diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, os quais devem ser desenvolvidos como trabalho em equipe para a população de uma área de abrangência delimitada e de forma democrática e participativa (Brasil, 2006; Brasil, 2009).

De acordo com o PNH, na atenção básica se lida com problemas muito complexos do cotidiano das pessoas, que se referem aos seus modos de viver, de sofrer, e mesmo de morrer, sendo necessária uma diversidade de saberes e práticas que consiga agir de forma resolutiva sobre tais problemáticas. Por estar localizado próximo a uma população específica e por se responsabilizar pelo seguimento a longo prazo ao usuário, os locais de atenção básica favorecem espaços de encontros, que se bem utilizados, podem contribuir para a produção coletiva de saúde. Tais espaços podem ser um atendimento, uma visita domiciliar, uma oficina, ou reuniões de equipe. Independente de onde ele ocorra, o importante é que favoreça a conversa, a troca, a construção conjunta e o levantamento de problemas que podem ser analisados e solucionados coletivamente.

A proposição de uma Clínica Ampliada na PNH se vale da noção de uma escuta qualificada, que permita se construir o que o documento denomina por Projeto Terapêutico Singular, em que se considera não somente o que o paciente apresenta de comum, mas também de singular, levando em conta seus desejos, interesses e compreensão sobre sua condição. Este modo de agir facilitaria a criação de vínculos entre as equipes de saúde com usuários, familiares e comunidade, fazendo com que os primeiros se comprometam com a saúde dos que os procuram e, com que os segundos acreditem que algo pode ser feito por eles de forma cuidadosa e responsável. Conforme o documento, o vínculo terá efeito terapêutico quando contribuir para que as pessoas tenham sempre mais autonomia sobre seus modos de vida (Brasil, 2009). Assim, é possível, inclusive, estabelecer certa conexão entre a introdução da PNH no âmbito da atenção básica e elementos da psicologia como prática clínica.

Adicionalmente, outras conexões surgem de aspectos diversos enfrentados na atenção básica. Dentro da UBS, muitas demandas não se relacionam a problemas biomédicos e se referem a sintomas físicos e/ou psíquicos diversos que causam sofrimento e sobrecarregam os serviços. As iniciativas das políticas públicas de

saúde mental articuladas à de atenção básica tem ocorrido, principalmente, através de um dos principais dispositivos da PNH, que é o apoio matricial junto às equipes de ESF. A Coordenadoria Geral de Saúde Mental do Ministério da Saúde tem pensado a atenção básica como um dos principais componentes para a desinstitucionalização de pessoas com transtornos mentais. Portanto, tem havido um estímulo em políticas de expansão, formulação e avaliação da atenção básica no sentido de se criar diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os principais problemas de saúde mental neste tipo de atenção (Brasil, 2005b; Martins e Vecchia, 2009).

Por estar próxima à comunidade, a equipe de atenção básica/saúde da família é considerada um recurso estratégico sobre problemas de saúde pública ligados, por exemplo, ao sofrimento psíquico e ao uso/abuso de álcool e drogas. Além disso, acredita-se haver uma relação entre o sofrimento psíquico e doenças no geral, o que pode dificultar a adesão de práticas preventivas e mais saudáveis de vida (Brasil, 2005b).

A proposta para as práticas que ligam os dois campos é que sejam substitutivas do modelo médico tradicional, que medicaliza, psychologiza e psiquiatriza o sujeito. A idéia é ampliar a qualificação do cuidado, o qual deve ocorrer o mais próximo da rede familiar, social e cultural do usuário, resgatando sua história de vida, valorizando sua subjetividade e possibilitando a criação de vínculos com o serviço de saúde, em que “produção de saúde” passa a ser também “produção de sujeitos” (Brasil, 2009). Estes passam a ser um conjunto de relações compartilhadas e as ações devem acontecer onde as pessoas se encontram (Hirdes, 2009).

Os princípios fundamentais da articulação entre saúde mental e atenção básica/ESF são a promoção da saúde; a territorialização; o acolhimento; o vínculo e a co-responsabilização; a integralidade; a intersetorialidade; a multiprofissionalidade; a organização da atenção à saúde em rede; a desinstitucionalização; a reabilitação psicossocial; a participação da comunidade e a promoção da cidadania dos usuários.

O apoio matricial é um suporte técnico especializado oferecido a uma equipe interdisciplinar de saúde, cuja finalidade é qualificar suas ações e ampliar seu campo de atuação e pode ser realizado por profissionais de diversas áreas. Não significa treinar as equipes de saúde da família em ações simplificadas de psiquiatria, mas

construir coletivamente modos de intervenção que atuem efetivamente sobre os problemas encontrados (Hirdes, 2009; Campos e Figueiredo, 2009; Brasil, 2009).

O Relatório de Gestão 2003-2006 da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde coloca que o matriciamento em saúde mental corresponde a “ações de supervisão, atendimento compartilhado e capacitação em serviço, realizado por uma equipe de saúde mental para equipes ou profissionais da atenção básica” (Brasil, 2007). Enquanto equipe de referência, tem como finalidade aumentar a capacidade resolutiva dos problemas de saúde e, especificamente, de saúde mental enfrentados pelas equipes locais.

Para atingir os objetivos de resolutividade, são necessárias ações conjuntas que envolvem supervisão, discussões de caso, atendimento compartilhado e/ou específico, visitas domiciliares e capacitação. As estratégias para abordar problemas diversos (violência, abuso de álcool e outras drogas, combate ao preconceito sobre a loucura, dentre outros) e que envolvem a mobilização de recursos comunitários para a reabilitação psicossocial também são construídas coletivamente, o que contribui na distinção entre situações que poderão ser acolhidas pela equipe de referência ou que deverão ser encaminhadas para serviços de atenção especializada em saúde mental. Com isso, é possível promover a equidade no acesso, evitar práticas que desconsiderem as diferentes necessidades dos usuários e ainda articular os profissionais na construção conjunta de projetos terapêuticos e na coresponsabilização pelos mesmos, evitando a compartimentalização das ações e a lógica de encaminhamentos (Brasil, 2005; Campos e Figueiredo, 2009).

Desde 2008, as equipes matriciais têm sido formadas através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), regulamentados pela Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, e tem como recomendação a existência de, pelo menos, um profissional de saúde mental como parte da equipe multiprofissional.

De acordo com a Portaria do NASF, as ações em saúde mental devem ser as seguintes:

- *realizar atividades clínicas pertinentes a sua responsabilidade profissional;*
- *apoiar as ESF na abordagem e no processo de trabalho referente aos casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes*

egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, situações de violência intrafamiliar;

- discutir com as ESF os casos identificados que necessitam de ampliação da clínica em relação a questões subjetivas;

- criar, em conjunto com as ESF, estratégias para abordar problemas vinculados à violência e ao abuso de álcool, tabaco e outras drogas, visando à redução de danos e à melhoria da qualidade do cuidado dos grupos de maior vulnerabilidade;

- evitar práticas que levem aos procedimentos psiquiátricos e medicamentos à psiquiatria e à medicalização de situações individuais e sociais, comuns à vida cotidiana;

- fomentar ações que visem à difusão de uma cultura de atenção não-manicomial, diminuindo o preconceito e a segregação em relação à loucura;

- desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando constituir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, destacando a relevância da articulação intersetorial - conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de auto-ajuda etc;

- priorizar as abordagens coletivas, identificando os grupos estratégicos para que a atenção em saúde mental se desenvolva nas unidades de saúde e em outros espaços na comunidade;

- possibilitar a integração dos agentes redutores de danos aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família; e

- ampliar o vínculo com as famílias, tomando-as como parceiras no tratamento e buscando constituir redes de apoio e integração.

A nova tendência para a inserção do psicólogo na atenção básica à saúde parece colocá-lo em uma posição que não mais o define como um funcionário diretamente ligado à UBS. A própria PNAB, ao descrever os itens necessários para se realizar ações na atenção básica, considera como equipe multiprofissional médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliares de consultório dentário ou técnico de higiene dental, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem, e agente comunitário de saúde deixando vago quem seriam os profissionais relacionados no “entre outros”. Ao mesmo tempo, propõe que a assistência seja integral, desenvolvida intersetorialmente, e que se considerem as diretrizes da PNH, fato que

pressupõe a participação do psicólogo e de outros profissionais por essas novas iniciativas que o Ministério da Saúde tem proposto.

Todavia, essa política já revela pontos de tensão, aos quais se pode apresentar indagações como: se a ESF tem caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional, o que será feito com os servidores públicos que compõem a UBS e não fazem parte do quadro de funcionários propostos pela PNAB, considerando que a contratação de recursos humanos realizados pelo PSF e pelo NASF é feita por Organizações Sociais de Saúde (OSS), cujo vínculo empregatício é diferente do profissional concursado? Como será feito o diálogo entre funcionários antigos e os novos que compõem as equipes de matriciamento, cuja função é oferecer apoio? Como pensar numa relação entre serviços públicos e OSS que não compartimentalize o processo de gestão e as ações em serviço, e que garanta a manutenção da participação popular nas decisões a serem tomadas em saúde? Estes são pontos de tensão que merecem um diálogo mais próximo entre todos os envolvidos, a fim de decidirem conjuntamente como solucioná-los.

2. O Sistema Único de Saúde na cidade de São Paulo e sua interface com a Saúde Mental

A política de saúde mental refere uma série de diretrizes e prioridades que orientam sua implantação. A forma como a gestão estadual e local vai interpretá-la repercute no modelo de atenção a ser adotado e na escolha de profissionais a serem contratados (Cabraia, 2004).

O objetivo neste tópico é oferecer um breve panorama do que cada gestão administrativa, após a regulamentação do SUS, pensou para o setor saúde na cidade de São Paulo; como a metrópole viveu as transformações já apontadas para o país como um todo, e os vai-e-vem das políticas de saúde mental dentro das prioridades de cada uma das gestões locais da cidade, até os dias atuais.²⁴

²⁴ Uma das referências utilizadas (Sousa e Mendes, 2003) se refere à fala de gestores de um período específico, por isso, tomou-se o cuidado de utilizar outros autores (Junqueira, 2002; Capucci, 2003;

A capital paulista constitui um caso à parte em relação às políticas públicas de saúde e à implantação do SUS devido às particularidades das administrações municipais.

2.1 Gestão Luíza Erundina (1989-1992)

Quando Luíza Erundina assumiu a Prefeitura em 1989, o SUS estava estruturado apenas legalmente, uma vez que a rede de serviços federais (hospitais e ambulatorios) havia sido passada para a Secretaria Estadual de Saúde e os secretários estaduais temiam perder seus poderes com a municipalização e possível fortalecimento da gestão local. O quadro da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) era de deterioração financeira e de recursos materiais e humanos, além de centralização das decisões, e ausência de processo democrático de planejamento das ações (Donnini, 2003).

Algumas medidas foram tomadas de imediato, tais como, a contratação emergencial de funcionários com posterior concurso²⁵; a unificação das redes ambulatorial e hospitalar com regionalização e distritalização da cidade, e a instituição do Conselho Municipal de Saúde e de Conselhos Gestores Locais. A administração democrático-popular, como era chamada a gestão Erundina, tentou garantir os princípios do SUS de universalidade e integralidade expandindo o direito a todos no acesso à saúde e da participação popular nas decisões.

A territorialização tinha como objetivo reconhecer as condições de saúde da área de abrangência de cada UBS e promover a vinculação das equipes de profissionais à população residente. Segundo Lopes (1999, p. 144), esta gestão “priorizou alterar culturalmente o papel da Unidade Básica de Saúde”.

Donnini, 2003; Silva, 2004), que confrontassem o que supostamente poderia indicar uma visão unilateral em relação às gestões mencionadas.

²⁵ Foram realizados 50 concursos públicos e as equipes em UBS e em ambulatorios de especialidade foram ampliadas. O quadro de funcionários duplicou em relação à gestão anterior de Jânio Quadros.

Em relação à saúde mental, o governo Erundina adotou a proposta do Movimento de Luta Antimanicomial na organização da rede de saúde mental, pensando-a a partir da necessidade epidemiológica de cada região.

O programa de saúde mental adotado por esta gestão tinha duas principais premissas: que o sofrimento psíquico era parte do sofrimento global de pessoas submetidas a desigualdades sociais, e que deveria haver uma política de saúde mental que efetivamente rompesse com o modelo hospitalocêntrico. Além disso, influenciada pelos princípios das Reformas Sanitária e Psiquiátrica, a política na área se centrou na atenção primária à saúde (L'Abbate e Luzio, 2006).

Foi concebida uma nova forma de se pensar e se praticar saúde mental fora do hospital psiquiátrico e utilizando recursos da comunidade, dentro do critério de territorialização. A desmistificação da loucura e as ações sobre a mesma somente teriam sentido e poderiam ser feitas identificando seus determinantes sociais e suas significações em cada localidade (Lopes, 1999).

Uma rede de serviços de saúde²⁶ em espaços públicos e comunitários foi criada e contava com: UBS com serviço de saúde mental; emergência psiquiátrica em pronto-socorro de hospital geral; enfermarias de saúde mental em hospital geral; hospitais-dia para adultos e para crianças e adolescentes; Centros de Convivência e Cooperativa (CECCO), e enfermarias com serviço de saúde mental hospitalar. O novo modelo ainda era composto por um quadro de funcionários formado por psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais, em que ações interdisciplinares e relações com diversos atores (usuários, gestores, instâncias do SUS, dentre outros) exigiam uma postura mais coletiva sobre as intervenções (Castanho, 1996).

De acordo com Lopes (1999), o novo estava mais nas posturas e ações do que na mudança de espaço físico. Mas também se pode dizer que a proximidade com os espaços sociais se caracterizou em busca ativa das demandas, revelando sua complexidade e a impossibilidade de um agir isolado. O *estar em relação* se fez necessário para a efetividade das propostas.

²⁶ Além de 18 CECCO, foram implantadas equipes de saúde mental em 129 UBS, emergências em saúde mental em 14 PS Gerais, enfermarias de saúde mental em três hospitais gerais, serviços de saúde mental hospitalar com 70 equipes de saúde mental em enfermarias de hospital geral, unidades de atenção intensiva em Hospital-Dia (HD) para crianças e adultos, ações em saúde mental em seis Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (Lopes, 1999, p.146).

O CECCO é um exemplo de equipamento inovador, que exigia nova postura profissional ao transformar o bem público em espaço coletivo e procurar construir o direito à cidadania e difundir novos valores e conceitos sobre a loucura. Constituíam-se em um serviço de perfil cultural – não necessariamente da saúde – montado em parques, praças e centros comunitários, onde se desenvolviam práticas diversas (música, artesanato, dança, esporte, passeios, teatro). Também era um espaço de construção de cooperativas, cujo objetivo era ressignificar o processo de trabalho para contribuir na inserção social dos usuários (Scarcelli, 1999; Fernandes e Scarcelli, 2005; L’Abbate e Luzio, 2006).

Outra iniciativa da gestão Erundina, que afetou diretamente muitos psicólogos foi a *remoção zerada*, que culminou na transferência de profissionais que trabalhavam na Saúde do Escolar – vinculada à Secretaria da Educação – para a Secretaria da Saúde.

A Saúde do Escolar fazia parte de um sistema de assistência, que tinha a participação de vários profissionais, dentre eles, o psicólogo. Este era designado para trabalhar nas clínicas psicológicas, fazendo atendimento de psicodiagnóstico e terapia (ludoterapia, psicomotricidade, psicopedagogia, orientação de pais), e em escolas municipais, onde sem muita clareza de seu trabalho, oscilava entre atividades clínica, pedagógica e/ou institucional (Castanho, 1996).

Da mesma forma que os manicômios, a escola era vista como uma instituição segregadora e se acreditava que havia produção de demanda de distúrbios de aprendizagem e conduta, e distorção nos encaminhamentos escolares, quando a escola buscava legitimar na saúde problemas pedagógicos, econômicos e culturais de crianças e jovens. A transferência de psicólogos à Secretaria da Saúde ocorreu devido a prioridades de gestão e de reestruturação política, administrativa e burocrática, em que a UBS se tornou a principal referência da população e referência/contra-referência de diversas outras instituições de saúde e de instituições sociais no encaminhamento de transtornos mentais, respondendo a demandas da comunidade, de creches, escolas e também promovendo ações dentro destes espaços. Priorizavam-se a orientação de pais, o trabalho com professores e comunicados por escrito, a fim de não centralizar o problema no aluno exclusivamente. Era uma nova forma de intervenção, que colocou um fim na duplicação de serviços, mas também

ênfatizou uma tendência a medicalizar os problemas de aprendizagem e gerou críticas nos profissionais, os quais foram obrigados a finalizarem seus trabalhos e se vincularem a outra Secretaria (Castanho, 1996).

2.2 Gestões Paulo Maluf (1993-1996) e Celso Pitta (1997-2000)

Na gestão de Paulo Maluf e de seu sucessor, Celso Pitta, foi criado o Plano de Atendimento à Saúde (PAS) preparado desde 1993 e implantado em janeiro de 1996, o que gerou uma nova organização na Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Um dos principais objetivos do PAS era dividir a cidade em módulos assistenciais que seriam administrados por catorze cooperativas privadas. Estas eram autônomas, sem articulação entre si, sem diretrizes programáticas e acabavam sendo imunes aos dispositivos de controle da SMS. Iniciava-se a privatização da saúde no município, que deixaria ao final do Plano a SMS sucateada e profissionais desacreditados (Donnini, 2003).

O foco do atendimento era a assistência médica individual de casos corriqueiros. Os casos graves eram encaminhados para hospitais estaduais ou filantrópicos. As questões de saúde pública voltadas à prevenção e promoção foram relegadas, bem como a atenção à tuberculose, à DST/Aids e à Saúde Mental (Junqueira, 2002).

Quanto à rede de serviços, todas as UBS, ambulatórios de especialidades, unidades isoladas de pronto-socorro e pronto-atendimento, e doze hospitais passaram para administração das cooperativas. Ao se comparar os anos de 1993 e 1996 em relação à assistência em saúde mental, houve redução significativa de estabelecimentos de saúde, principalmente de UBS com ações em saúde mental; do quadro de funcionários, e do número de atendimentos/ano²⁷ (Daún Junior, 1999; Silva, 2004).

²⁷ As UBS com saúde mental decresceram de 120 em 1993 para 50 em 1996; o quadro de funcionários de 1.600 em 1993 para 750 em 1996, e o número de atendimento/ano de 153.396 em 1993 para 98.712 em 1996 (Daún Junior, 1999, p. 19).

Um dos principais problemas em relação ao PAS foi o deslocamento de servidores públicos. Os funcionários municipais podiam fazer a escolha de aderirem ao Plano, afastando de seus cargos com licença sem vencimentos. Contudo, a adesão foi abaixo do esperado, obrigando a contratação de mão-de-obra externa. Os aproximadamente 28 mil funcionários da SMS, que não aderiram ao PAS foram “exilados”^{*} para outras Secretarias (Educação, Bem Estar Social, do Verde e Meio Ambiente, Esporte dentre outras), sendo muitos desviados de suas funções. O número de psicólogos na SMS reduziu de 534 em 1995 para 270 em 1998 (Junqueira, 2002, p. 45-46; Silva, 2004).

O PAS se caracterizou como uma contraposição ao SUS. O significativo montante financeiro da SMS para a consolidação do Plano gerou, ao seu final, defasagem de recursos humanos, equipamentos obsoletos e prédios com falta de manutenção. Iniciativas que já estavam sendo desenvolvidas em outras cidades do país, como o Programa de Agente Comunitário de Saúde/Programa Saúde da Família (Pacs/PSF), Sistema de Avaliação, Controle e Auditoria e Vigilância Sanitária praticamente não foram incorporados pela SMS da capital paulista. O controle público inexistente²⁸ permitiu inúmeras irregularidades e quadros de corrupção, que foram marcados por denúncias, investigações pelo Ministério Público e abertura de uma Comissão Parlamentar de Inquérito na Câmara Municipal (Junqueira, 2002; Donnini, 2003).

2.3 Gestão Marta Suplicy (2001-2004)

No governo Marta, iniciou-se um processo de transição do PAS para o reinício de implantação do SUS na cidade de São Paulo.

Quando o secretário da saúde, Eduardo Jorge²⁹, assumiu o cargo em janeiro de 2001, foram estabelecidas cinco principais metas para cumprir as diretrizes do SUS: reconstrução da SMS, municipalização, distritalização, modernização gerencial e o

^{*} Conforme foram chamados à época.

²⁸ O Conselho Municipal de Saúde foi substituído por um Conselho de Gestão do PAS, em que havia remuneração dos integrantes.

²⁹ Eduardo Jorge ficou no cargo de secretário da saúde até fevereiro de 2003, quando em seu lugar assumiu o médico Gonçalo Vecina Neto (Silva, 2004, p. 58)

Programa Saúde da Família (PSF) como reorganizador da atenção básica (Donnini, 2003; Silva, 2004).

O processo de municipalização, que havia sido iniciado na gestão Erundina, foi continuado, e em acordo com a Secretaria Estadual de Saúde (SES), 141 UBS e 12 ambulatorios de saúde mental foram incorporados à Secretaria Municipal de Saúde (Donnini, 2003; Silva, 2004).

Já a divisão em distritos de saúde (DS)³⁰ foi a forma escolhida de descentralização. Esta decisão também foi uma retomada da experiência da administração Erundina e envolveu as discussões para implantação das Subprefeituras na cidade, criadas em 2002 e que já havia sido proposta pelo governo Montoro, mas não foi aderida por Erundina. Com as subprefeituras, os DS foram incorporados às Coordenadorias de Saúde, que respondem localmente pela Política Municipal de Saúde hoje em dia (Capucci, 2003; Silva, 2004; Albuquerque, 2008).

O município também iniciou a volta dos cerca de cinco mil servidores da saúde que estavam nas cooperativas e dos “exilados” em outras Secretarias. Foi necessário realizar processo seletivo e contratos de emergência para substituir os trabalhadores contratados pelas cooperativas e em 2002, foram realizados concursos para diversos profissionais, dentre eles, para psicólogos. Um dos objetivos da SMS era satisfazer os servidores da saúde em suas expectativas funcionais e resgatar sua dignidade profissional, uma vez que a experiência do PAS deixou “feridas abertas” e muita frustração entre os funcionários públicos (Capucci, 2003, p. 53; Silva, 2004).

No que se refere à atenção básica em saúde e à saúde mental, enquanto em 2001 estavam sob administração da SMS 38 UBS, em agosto de 2003 havia 338 UBS, três Unidades de Apoio, três Postos de Saúde e 10 CECCO (Junqueira, 2002, p. 52; Silva, 2004, p. 26).

³⁰ O Distrito de Saúde (DS) é uma “instância gestora dos serviços de saúde de uma área de abrangência geograficamente delimitada e continente de um território, onde se dão as relações sociais, ambientais, econômicas e políticas”. Pensado como estratégico nas mudanças organizacionais na saúde, tem como funções fazer a gestão de uma área de abrangência, avaliar e controlar o impacto das políticas e ações de saúde para a população local (Souza e Mendes, 2003, p. 379; Capucci, 2003; Silva, 2004).

O PSF foi o principal programa de reorganização da atenção básica na cidade. No Comunicado SM/SP nº 001/2001, que explicitava as diretrizes gerais para a SMS, foi colocado o seguinte item:

...é preciso que se saiba que a implantação da saúde da família é a principal tarefa a qual nos propomos, e que uma vez cumprida, pode mudar não só o Sistema de Saúde, mas afetar positivamente a qualidade de vida do cidadão, humanizar o atendimento, e despertar iniciativas e energias populares hoje reprimidas e represadas.

Assim, os diretores dos distritos em conjunto com os servidores têm como tarefa primeira a responsabilidade de implantar o PSF e promover a sua articulação com os demais níveis de assistência para a consolidação do SUS no seu território de abrangência (Sousa e Mendes, 2003, p. 374).

Também no governo Marta se fala em uma gestão mais flexível, delegando aos gestores locais mais autonomia e responsabilidade. Seria função da gerência local manter a qualidade e quantidade de serviços prestados, utilizando-se de instrumentos de controle e avaliação de desempenho (quantitativo e qualitativo) na prestação dos mesmos. Além disso, deveria ser de responsabilidade do gerente da unidade estabelecer formas de co-gestão com outras áreas do governo e com a rede social local, contribuindo na construção de processos participativos e de diálogo intersetorial (Capucci, 2003).

Assim, como inicialmente dito, a administração Marta Suplicy encerrou a política privatizante do PAS e permitiu o reinício da implantação do SUS na cidade de São Paulo, dando continuidade no processo de descentralização do governo Erundina. Para os profissionais de saúde, foi um momento de rearranjo nos postos de serviço e de tentativa de reconstruir uma confiança perdida.

2.4 José Serra (2005-2006) e Gilberto Kassab (2007-atual)

Kayano (2007) fez um balanço da saúde dos dois primeiros anos da gestão Serra/Kassab, que correspondeu aos secretários da saúde Cláudio Luiz Lottemberg, o qual ficou somente cinco meses e foi substituído em maio de 2005 pela Dra. Maria

Cristina Cury, a qual também foi substituída por Maria Aparecida Orsini de Carvalho Fernandes em 2006.

Para a presente dissertação interessa, principalmente, a relação que esse governo vem assumindo com a iniciativa privada, e a aprovação da Lei das Organizações Sociais (OS), que ocorreu durante esta gestão.

Dentre as principais metas da gestão do secretário Lottemberg estavam a valorização dos profissionais da saúde, o fortalecimento da atenção básica, a integração da rede assistencial³¹, e a ampliação de parcerias com a iniciativa privada.

Quando a secretária Maria Cristina Cury assumiu o cargo, ela tomou como prioridade a implantação da Assistência Médica Ambulatorial (AMA)³² na cidade, apesar de reconhecer a necessidade de mais UBS e dos problemas de articulação entre UBS tradicionais e aquelas com equipes de PSF. No entanto, a relação do Conselho Municipal de Saúde (CMS) com a secretária foi permeado de conflitos, uma vez que o Projeto de Lei das OS havia sido encaminhado para a Câmara Municipal sem aprovação do CMS. Tais divergências resultaram na ausência da secretária às reuniões do Conselho e ela seria rapidamente substituída em seu cargo, conforme já mencionado (Kayano, 2007).

De acordo com a Lei nº 8.080, o Sistema Único de Saúde constitui de um “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. O setor privado participaria em caráter complementar, quando a capacidade do SUS fosse insuficiente para garantir a cobertura assistencial da população de certa área. Além do mais, dar-se-ia prioridade a entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (Brasil, 1990).

³¹ A criação de cinco Coordenadorias Regionais de Saúde no município, ao coincidir com as áreas de abrangência das cinco autarquias hospitalares existentes, procurou ampliar a integração entre rede básica e hospitalar na melhoria do atendimento aos usuários.

³² O projeto da AMA foi aprovado em 2006 e implantado antes mesmo da lei das OS. Ela é instalada em UBS, pronto-atendimento e pronto-socorro e tem como objetivos facilitar o acesso dos usuários não agendados, que não conseguem atendimento, e também atender pequenas urgências de baixa e média complexidade na clínica médica, pediatria, cirurgia geral e ginecologia. A gestão, contratação de recursos humanos, adequação dos espaços físicos, equipamentos e mobiliários são de responsabilidade das OS e os materiais de consumo de responsabilidade da SMS. Uma das críticas sobre a AMA está na baixa qualidade e resolutividade dos atendimentos oferecidos. A satisfação do usuário pelo “atendimento imediato” pode gerar a falsa sensação de que se está sendo atendido (Kayano, 2007).

Baseado no *Relatório sobre o Desenvolvimento Mundial*, em 1993 foi elaborado junto ao Ministério da Saúde (MS) e ao Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE) um documento intitulado *Sistema de Atendimento de Saúde do SUS*, o qual propunha uma reforma administrativa de atendimento hospitalar e ambulatorial de saúde do SUS, tendo como parâmetro recomendações do Banco Mundial de que países em desenvolvimento como o Brasil teriam um sistema de prestação de serviços ineficiente; até aqui não há novidades considerando a longa história de investimentos no setor privado de saúde no país tendo a mesma justificativa de sucateamento e ineficiência do setor público (Fier, 1996).

O anteprojeto de lei e o decreto de regulamentação da OS surgiu nessa época, em 1995, mas foi somente a Lei Federal nº 9.637 de 15 de maio de 1998 que iria dispor sobre a qualificação de entidades como organizações sociais. Em junho do mesmo ano, o Estado de São Paulo fez a Lei Complementar nº 846, em que os deputados que se opuseram à parceria com as OS negociaram a não entrega de serviços de saúde já em funcionamento e a restrição dos atendimentos das OS aos usuários do SUS. Em janeiro de 2006 foi autorizada para o município de São Paulo a qualificação das entidades sem fins lucrativos como OS somente para a área da saúde (Kayano, 2007).

As OS são qualificadas como “...pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos”, e como “entidades de interesse social e utilidade pública”. Em outras palavras, as OS ou entidades parceiras, como também são chamadas, são geridas por instituições do Terceiro Setor (Organizações não-governamentais – ONG, cooperativas e entidades filantrópicas), que recebem financiamento estatal (Brasil, 1998; São Paulo, 1998; Junqueira, 2002; Kayano, 2007).

As críticas sobre OS são diversas, tendo sido caracterizadas como uma forma de justificar a privatização da saúde. Segundo Fier (1996) tal proposta faz parte do programa de flexibilização da política neoliberal, em que se reduzem os deveres do Estado e se privatiza parte de suas funções; estabelece um vínculo empregatício regido por leis de mercado; esvazia o papel social que os servidores públicos devem ter, além de abrir espaço a novas fontes de lucro ao setor empresarial.

Neste sentido, o caráter de direito privado das OS estabelece um paralelismo com os princípios democráticos do SUS. Um exemplo é a inexistência de Conselho Gestor e a recusa de muitas OS em abrirem o pronto-socorro para a população, desrespeitando os princípios de controle social e universalidade do atendimento (Junqueira, 2002).

Outra crítica recai sobre o caráter da OS em oferecer maior flexibilidade no contrato de recursos humanos e no estabelecimento de metas e cobranças na relação com o Estado. Esta seria apenas uma forma de justificar uma possível ineficiência do serviço público estatal e de não se prestar contas dos gastos com dinheiro público ao Estado e ao Conselho Estadual de Saúde (Junqueira, 2002).

Por fim, outro ponto crítico estaria na dificuldade da SMS em manter um quadro efetivo de funcionários. Segundo Kayano (2007, p. 24-25), do total de funcionários da SMS (49.288) em 2006, 5.197 eram servidores estaduais atuando na atenção básica, que foram colocados à disposição com a municipalização das UBS. Outros 8.932 funcionários estavam vinculados as OS para trabalhar no PSF e às AMA, reforçando a crítica de um conselheiro municipal de que a SMS estaria permitindo a escassez de servidores para legitimar perante a população a transferência das unidades de saúde para as OS. Atualmente, o contrato realizado para o NASF, que inclui os psicólogos, também é via OS.

O que se constata é que a questão das OS ainda é mobilizadora de tensão entre dirigentes e representantes de funcionários e usuários dos serviços de saúde, dificultando uma boa relação de diálogo e comunicação. O *Pacto pela Saúde*³³, aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde em fevereiro de 2006 e dividido em Pacto pela Vida, Pacto de Gestão e Pacto em Defesa do SUS, tem a função justamente de incentivar o diálogo entre gestores federal, estaduais e municipais, e representantes dos funcionários e usuários, na tentativa de construir acordos envolvendo todas as partes interessadas (Kayano, 2007).

A administração Serra/Kassab tem simbolizado a implantação das OS e a privatização da saúde. A troca de três secretários da saúde foi marcada por divergências e dificuldades de diálogo e acordos entre eles e os representantes dos

³³ Para obter mais informação sobre o *Pacto pela Saúde* ver Kayano (2007) e o Portal da Saúde do Ministério da Saúde (www.portal.saude.gov.br).

funcionários e dos usuários do SUS. A valorização dos profissionais da saúde, uma das principais metas do primeiro secretário, caiu no esquecimento e o fortalecimento da atenção básica se reverteu em um discurso de ineficiência, dando passagem à privatização do patrimônio público.

CAPÍTULO IV

Metodologia

Este estudo trata de uma pesquisa qualitativa, cuja finalidade é entender “*como* o objeto de estudo acontece ou se manifesta” (Turato, 2005, p. 509).

Segundo Minayo e Sanches (1993), a abordagem qualitativa possibilita a aproximação entre sujeito e objeto, sendo muito proveitosa para explorar as subjetividades, que representam como os sujeitos expressam (descrevem, pensam, opinam e avaliam) suas realidades vividas.

Aceita-se também o conceito de Mendes-Gonçalves (1992), em que a subjetividade não é conceituada como um lugar inacessível ao pensamento e à ação, mas formada pelas relações estabelecidas por cada homem com suas partes e sua totalidade, mediadas por “desejos, afetos, paixões, repulsas, ódios, normatividade e trabalho” (p. 28).

Neste sentido, esse estudo busca analisar as percepções e representações dos psicólogos acerca de suas práticas, fazendo do principal material da pesquisa qualitativa, a saber, o depoimento e a palavra do participante, o conteúdo a ser analisado.

Outra característica importante neste tipo de metodologia é a interação entre pesquisador e objeto, não sendo possível se pensar em neutralidade nesta relação, ainda que não se extinga a capacidade de objetivar dados assim produzidos (Mendes-Gonçalves, 1992; Schraiber, 1993; 1995; 2008).

Como coloca Lourau (1993) e Altoé (2004), o pesquisador está sempre implicado na pesquisa. Quanto à problemática em estudo, ele está constantemente atento a novas informações que possam ajudá-lo a rever seu ponto de vista sobre o objeto. No campo, o simples fato de sua presença já o impede de ser neutro.

O mais importante neste estudo, além de descrever a atuação do psicólogo e construir um perfil deste profissional na UBS, é analisar como ele vivencia seu trabalho cotidiano através das transformações sofridas com a prática clínica institucional. Também é uma forma de analisar como ele representa essa vivência, isto é, percebe, compreende e explica seu lugar nas práticas que exerce,

possibilitando situá-lo como agente implicado em saberes e intervenções (Mendes-Gonçalves, 1992; Schraiber, 1995; Lourau, 1993).

Dentre as abordagens possíveis na pesquisa qualitativa se optou pelo uso de entrevistas semi-estruturadas para a produção de dados, uma vez que se trata de uma técnica flexível, que permite tanto adicionar questões quanto explorar novos pontos necessários conforme os objetivos propostos (Schraiber, 1995).

Entrevista é definida como uma conversa com finalidade feita entre duas ou mais pessoas. Como técnica de pesquisa, ela é realizada por iniciativa do entrevistador, o qual tem como objetivo abordar temas, por meio de um roteiro de questões, que permitam construir informações relacionadas ao seu objeto de estudo. Esta técnica favorece, na interação entre pesquisador e pesquisado, a produção de depoimentos e narrativas acerca do que o estudo pretende. Estas narrativas constituem o material empírico a ser trabalhado (Schraiber, 1995; Minayo, 2008).

Além da entrevista, documentos oficiais das políticas de saúde e textos que documentam a história da profissão em psicologia complementam em triangulação a metodologia, contribuindo na contextualização da atuação em UBS e do próprio espaço de trabalho institucional.

1. Considerações éticas

Por ser um estudo realizado com seres humanos, ele seguiu a Resolução nº 196/96, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos.

Além do mais, por serem seus participantes trabalhadores de unidades de saúde da rede municipal de saúde da cidade de São Paulo e por estar a pesquisa ligada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, o projeto de pesquisa foi submetido a dois Comitês de Ética: ao da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa do Hospital das Clínicas (CAPPesq) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP-SMS) da cidade de São Paulo. Este foi aprovado em 11/11/2008 sob o Parecer nº 290/08 e alterado para o Parecer nº

52/10 em 18/02/2010, devido mudança no título do projeto de pesquisa original. O da CAPPesq foi aprovado em 09/02/2009, sob o Protocolo nº 1075/08 (Anexos A, B e C).

Antes que o Projeto fosse encaminhado aos respectivos Comitês de Ética, foi feita a identificação de todas as UBS dos distritos de saúde do Butantã e Lapa/Pinheiros, referentes à Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste, e o levantamento de quais delas tinham psicólogos em seu quadro de funcionários e quantos eram. Em seguida, foi feito o contato telefônico com a Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste, para esclarecer sobre os procedimentos necessários, e com as supervisões de saúde mental destes distritos para informar sobre a pesquisa. Os supervisores responsáveis contribuíram na divulgação da proposta do estudo para os gerentes das UBS. Paralelamente, foi feito o contato com os possíveis participantes, com o objetivo de verificar a disponibilidade dos mesmos em participar da pesquisa e confirmar a viabilidade da realização do estudo nos distritos propostos. Somente com a aprovação dos supervisores de saúde mental e das UBS era possível obter a assinatura da Coordenadora de Saúde Centro-Oeste aprovando a realização da pesquisa para posterior encaminhamento ao Comitê de Ética da SMS.

No primeiro contato telefônico com os participantes foi esclarecido que este era, inicialmente, apenas um levantamento de quantas pessoas estavam interessadas em participar da pesquisa e que um contato posterior seria feito após aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética. Contudo, já foi feita uma introdução sobre os objetivos da pesquisa, sobre seu caráter voluntário e a garantia da privacidade dos informantes e das instituições envolvidas na divulgação dos resultados. Todos aqueles que aceitaram participar do estudo receberam e assinaram em duas vias o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo D), o qual foi elaborado conforme as normas exigidas pela Resolução nº 196/96 e aprovado por ambos os Comitês de Ética.

2. Participantes da pesquisa

Foram escolhidos para a pesquisa, psicólogos que trabalhavam a, pelo menos, um ano em Unidades Básicas de Saúde sob administração da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste. A partir de uma lista enviada pela supervisão de saúde, foram identificadas 30 psicólogas atuando em UBS nos três distritos de saúde selecionados para o estudo. Contudo, após contato telefônico, uma das UBS informou não haver os dois psicólogos que constavam na lista da supervisão, totalizando um universo de 28 profissionais. Destes, sete se recusaram a participar do estudo, um porque estava se aposentando, outro por falta de interesse, e cinco deles alegaram já estar ocorrendo outras pesquisas na UBS onde atuavam e não gostariam de participar de mais uma. Uma psicóloga não participou porque estava sendo transferida de serviço; outra alegou pouca disponibilidade de horários e ainda, com uma última profissional, foram feitos mais de dois contatos sem retorno das ligações. Portanto, ao final, foram confirmadas 17 entrevistas.

Todos os contatos iniciais foram feitos por telefone na tentativa de conciliar datas e horários entre entrevistadas e entrevistador. Colocou-se a necessidade da entrevista ser realizada em um local minimamente silencioso, já que elas seriam gravadas, e que garantisse o sigilo das informações. Para isso, foram oferecidas possibilidades de locais para a realização da mesma*, mas quase todas as psicólogas preferiram realizá-las na própria UBS em horário de trabalho. Uma delas preferiu realizar um segundo encontro em seu consultório privado e, outra realizou a entrevista em uma unidade de saúde* diferente da UBS.

Ao invés de utilizar as primeiras iniciais dos nomes para identificação, como havia sido proposto inicialmente, preferiu-se identificar as participantes pela letra “E” de “Entrevistada” acrescida da ordem sequencial das entrevistas. Isto porque, além de algumas participantes pertencerem à mesma UBS, todas atuam em bairros próximos e em UBS administradas pela mesma Coordenadoria de Saúde, o que

* Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; consultório ou residência da própria entrevistada, caso preferisse, ou outro local que considerasse pertinente.

* Evitou-se identificar de qual unidade de saúde se trata, a fim de garantir o sigilo da entrevistada. Por isso, será usado o termo genérico *unidade de saúde*.

aumenta a possibilidade de se conhecerem e terem informações umas das outras, as quais, associadas às iniciais dos nomes, poderiam facilitar a identificação.

Todas as entrevistas foram gravadas, exceto uma, em que a participante preferiu não usar o gravador. Dessa forma, a pesquisadora/entrevistadora anotou dados relevantes ao longo do encontro, os desenvolveu em forma de texto e, em seguida, enviou-o por e-mail à participante/entrevistada para que ela fizesse as modificações necessárias.

3. Local da pesquisa: a UBS

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) escolhidas para a coleta de dados estão sob administração da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste, a qual abrange os distritos de saúde do Butantã, Lapa, Pinheiros e Sé. Destes, foram selecionados os três primeiros distritos (Butantã, Lapa e Pinheiros) por se mostrarem mais viáveis para a pesquisa de campo e ao mesmo tempo por se constituírem em realidade assistencial exatamente igual a outros distritos da cidade de São Paulo, quanto a propostas e funcionamento efetivo das unidades. As unidades desses distritos também estavam em funcionamento usual e regular durante o tempo da pesquisa, não se caracterizando nenhum contexto de excepcionalidade assistencial. Das 14 UBS onde foram feitos contatos, incluíram-se dez na pesquisa, sendo as demais correspondentes às recusas das possíveis participantes procuradas.

Butantã, Lapa e Pinheiros são bairros da Zona Oeste de São Paulo e cada um possui sua respectiva subprefeitura, a qual tem a seguinte divisão político-administrativa³⁴:

1. Butantã: Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno, Vila Sônia, Butantã.
2. Lapa: Barra Funda, Jaguará, Jaguaré, Perdizes, Vila Leopoldina, Lapa.
3. Pinheiros: Alto de Pinheiros, Itaim Bibi, Jardim Paulista e Pinheiros.

³⁴ Fonte: www.seade.gov.br [citado 29 set 2009]

As UBS com equipes de saúde mental ou com psicólogos não estão localizadas em todos estes bairros e, aquelas que têm tais profissionais disponíveis, são referência para as outras que não os possuem em seu quadro de funcionários.

Em relação às características das UBS, duas delas se configuravam como Unidade de Apoio em Saúde Mental, onde havia uma equipe estruturada de profissionais da área formada, geralmente, por psiquiatra, psicólogo e terapeuta ocupacional, responsável por mais três UBS além da de origem. Ambas também se constituíam como referência a equipes de PSF localizadas em outras unidades e realizavam trabalho de matriciamento. Em uma das UBS, além de ser responsável pelas demandas da área de abrangência, a psicóloga ainda dava apoio a equipes de PSF existentes em sua unidade. Em outra UBS também havia equipes de PSF, mas eram outros profissionais que realizavam este trabalho de apoio e as psicólogas se restringiam a atividades internas à unidade. As outras seis UBS foram consideradas pelas entrevistadas como tradicionais, ou seja, não havia nem a presença de equipes de PSF nem uma equipe estruturada de saúde mental, cujas ações se restringiam, geralmente, à figura da psicóloga, apesar de algumas citarem o(a) assistente social como parceiro(a) no trabalho.

4. O Roteiro de Entrevista

O roteiro de entrevista semi-estruturada (Anexo E) foi elaborado a partir dos pressupostos e objetivos da pesquisa e teve como referência roteiros de outros estudos realizados com psicólogos em UBS no país (Jackson e Cavalari, 1991; Dimenstein, 1998; Velasques, 2003), os quais continham, além de dados de identificação, perguntas sobre formação e atuação profissional, sobre as principais atividades realizadas por este profissional, os motivos de escolha pelo serviço público e as expectativas sobre o trabalho desenvolvido em UBS.

O roteiro foi desenvolvido a partir dos seis principais tópicos pensados como objetivos específicos, detalhados a seguir:

1. *Analisar a maneira como o psicólogo percebe sua atuação em UBS:* o que para ele é saúde e atenção primária à saúde; quais papéis e funções se atribui enquanto um profissional de saúde em UBS; o que ele considera como sendo sua especificidade e o que ele considera como não sendo; que relação estabelece entre formação profissional e prática em atenção primária à saúde; se identifica práticas inovadoras desenvolvidas por ele ou outros colegas; como percebe a relação entre Psicologia e princípios do SUS.
2. *Analisar como o psicólogo percebe suas relações com os usuários/demanda do serviço:* identificar como ele percebe o usuário e como ele sente que os usuários o percebem enquanto profissional da saúde mental; identificar o que ele diz sobre as demandas e de que forma lida com elas; identificar o que ele diz sobre o perfil e as necessidades gerais dos usuários da área de abrangência onde atua.
3. *Analisar como o psicólogo percebe as relações estabelecidas com os outros profissionais da UBS:* como os percebe e como sente que estes profissionais o percebem; que lugar se sente ocupando dentro das relações de equipe e que lugar sente que a equipe o coloca; com quem estabelece mais e menos relações profissionais.
4. *Analisar como o psicólogo lida com a organização do serviço:* que lugar se sente ocupando na UBS; que lugar percebe que a gerência o coloca; como percebe a comunicação entre os profissionais no geral; como percebe os encontros nas reuniões gerais do serviço; como percebe o respaldo da UBS onde atua na realização de seu trabalho e o que seria realizar um trabalho de qualidade neste espaço.
5. *O contexto da comunidade:* identificar se realiza atividades externas e se conhece o que a área de abrangência tem a oferecer em termos de serviços de apoio ao usuário da UBS; identificar se mantém contato com instituições que encaminham usuários à UBS ou com outros locais que são referência para

aquela comunidade (igrejas, associações de bairro, escolas, ONGs dentre outros).

6. *Reflexões gerais sobre a atuação em UBS*: identificar se o profissional percebe pontos positivos e negativos na atuação em UBS e como faria para sanar ou amenizar os negativos; como percebe o preparo que a graduação ofereceu para este trabalho, sua atuação clínica nesse contexto e que disciplinas e áreas do conhecimento incluiria como importantes para tal; quais suas expectativas profissionais, e qual perspectiva vê para a Psicologia na saúde pública, mais especificamente, em UBS.

O roteiro seguiu a trajetória profissional das entrevistadas, iniciando com perguntas que se relacionavam à escolha pela Psicologia e às disciplinas e estágios com os quais mais se identificaram durante a graduação. Em seguida, foram elaboradas perguntas relacionadas à entrada no mercado de trabalho e às experiências profissionais até a entrada no serviço público, identificando os percursos dentro do mesmo até iniciar a atuação em UBS, tomada, então, como foco no restante da entrevista. O objetivo desse trajeto foi tentar identificar possíveis influências que a escolha da profissão e aquelas feitas durante a graduação, e as diferentes atuações no mercado de trabalho possam ter exercido sobre a atuação em UBS.

5. Trabalho de Campo

Antes do início do trabalho de campo, além das etapas já descritas acima, foram feitas três entrevistas pré-testes com psicólogas que estavam atuando ou já haviam atuado em UBS com o objetivo de verificar qualquer alteração necessária no roteiro e para avaliar o tempo médio de cada entrevista. Estas duraram aproximadamente duas horas cada e não houve alterações significativas no roteiro.

Em seguida, foi feito um novo contato, agora direto com as participantes, para ser agendada uma data e horário para a realização das entrevistas, o que foi feito sem muitas dificuldades. A duração da coleta das entrevistas foi de quatro meses.

As entrevistas foram realizadas, em sua maioria, na própria UBS e o tempo de duração, além de outras especificações encontram-se no quadro abaixo.

Quadro 1 – Características das entrevistas

Entrevistada	Local dos encontros	Número de Encontros	Tempo de duração total de cada entrevista
E1	UBS	01	2h 30 min.
E2	UBS	02	4h 05 min.
E3	UBS	01	2h 15 min.
E4	UBS	01	1h 40 min.
E5	UBS	01	2h 20 min.
E6	Unidade de saúde	01	50 minutos
E7	UBS/Consultório	02	4h 55 min.
E8	UBS	02	2h 50 min.
E9	UBS	01	50 minutos
E10	UBS	02	1h 15 min.
E11	UBS	01	2h 18 min.
E12	UBS	01	2h 05 min.
E13	UBS	01	2h 10 min.
E14	UBS	01	2 horas
E15	UBS	02	1h 55 min.
E16	UBS	02	2h 45 min.
E17	UBS	02	2h 35 min.
TOTAL	——	24	38h 20 min.

Cabe comentar algumas das dificuldades relacionadas à escolha de local para a realização das entrevistas, a qual facilitou a disponibilidade das participantes em dar as entrevistas, mas trouxe alguns problemas à pesquisadora. Durante quase todos os encontros houve dificuldades em relação ao barulho e ao sigilo de informações. Apesar de se ter sido avisado quanto à importância de se ter um local com pouco barulho e que garantisse a privacidade das participantes, a escolha por fazer a entrevista no próprio local de trabalho dificultou que estes dois requisitos fossem totalmente garantidos durante a entrevista. A UBS é um espaço de movimentação de pessoas e o barulho é constante. A maioria das salas onde foram realizadas as entrevistas era o local onde a participante atendia os usuários, mas nem todas dispunham de um isolamento sonoro mínimo. Uma das entrevistas ocorreu em uma sala ao lado da vacina e era separada apenas por uma divisória, sendo possível ouvir a fala das pessoas e o choro frequente de crianças; outra sala estava localizada próxima ao pátio de uma escola, onde se ouvia muitas crianças conversando e gritando; em outras ainda era possível ouvir a buzina dos carros na rua e, quando não havia nenhuma interferência neste sentido, era o próprio barulho de dentro da UBS que se tornava um obstáculo sonoro. Outra entrevistada pediu para que a entrevista fosse finalizada dentro de seu carro, após fechamento da UBS. Diante destes fatos, a gravação das entrevistas também foi prejudicada devido às constantes e diferentes interferências sonoras que perpassavam as falas. Em alguns pontos não foi possível o entendimento, mas não houve prejuízo no conteúdo geral de nenhuma das entrevistas. O que ocorreu foi uma menor qualidade na gravação e uma maior dificuldade na transcrição do material.

O gravador foi usado em quase todas as entrevistas, exceto uma, em que os dados principais foram escritos à mão, posteriormente desenvolvidos em texto e compartilhados com a entrevistada para que ela fizesse os ajustes necessários.

Houve falhas de gravação em duas entrevistas e uma pequena parte do conteúdo foi perdida. Somente com uma das entrevistadas foi possível agendar um novo encontro. Com a outra, utilizou-se as informações que havia disponíveis, mas que correspondia a mais da metade do roteiro respondido.

Após o término de todas as entrevistas ainda foi feito contato com algumas das entrevistadas para esclarecer e/ou confirmar informações.

Como dado qualitativo, percebeu-se que uma das entrevistadas iniciou o segundo encontro com uma fala detalhada de sua experiência, mas, ao longo da entrevista, passou a responder rapidamente e pedia para que as outras perguntas fossem feitas, a fim de que ela própria não se prolongasse muito e conseguisse finalizar a entrevista. Esta pressa em terminar a entrevista também foi percebida com outras participantes, principalmente, naquelas que já estavam no segundo encontro. Uma hipótese levantada é que, por serem as entrevistas realizadas no expediente de trabalho, o horário disponibilizado à pesquisadora/entrevistadora tomava o lugar do atendimento a usuários; quanto mais encontros tivessem, menos usuários marcados para aquele horário seriam atendidos, o que pode se relacionar com o comprometimento do profissional, mas também com dados de produtividade. Uma das entrevistadas, por exemplo, considerou o tempo de entrevista como tempo de atendimento ao usuário e pediu o número SUS da pesquisadora. Outra entrevistada dizia não se sentir muito útil em suas informações por ter pouca experiência em UBS. Ao mesmo tempo em que algumas entrevistadas estavam *dentro* da entrevista, também estavam *fora*, pensando no usuário que faltou ou que estava para chegar ou em um telefonema que se esperava referente a um caso grave. As falas pareciam oscilar entre alegrias e frustrações, e momentos de ânimo e de desânimo com a atuação em UBS e no serviço público como um todo. Lembranças da própria vida, de gestões governamentais passadas e de atendimentos bem-sucedidos foram motivos de lágrimas para algumas delas. No geral, todas se mostraram disponíveis e receptivas e, algumas, perceberam a entrevista como uma oportunidade de exporem suas idéias, de deixarem seu recado, de (re)pensarem questões e rememorarem experiências.

6. Caminhos da Análise

Do ponto de vista técnico da interpretação, os dados de pesquisa foram analisados através da análise de conteúdo do tipo temático. Este tipo de análise visa compreender o pensamento do sujeito através do conteúdo do texto e permite tanto

aprofundar os temas que foram propostos pelo roteiro de entrevista, quanto identificar temas emergentes (Schraiber, 1995; Caregnato e Mutti, 2006; Minayo, 2008).

Para a análise interpretativa fez-se, primeiramente, a leitura individual de cada entrevista produzida, seguindo o critério de impregnação (Schraiber, 1995; Minayo, 2008), em que se lê o material empírico de modo a apreender o pensamento de cada sujeito em seu todo. Posteriormente foi feita a leitura comparativa dos depoimentos, em que se busca a compreensão do que há de transversal no conteúdo das falas e que permite generalizá-lo para aquele grupo específico, no caso desse estudo, para o trabalho do psicólogo nas UBS estudadas, generalizando-se para esse trabalho em UBS de modo geral dentro dos limites e possibilidades da pesquisa qualitativa.

A análise temática seguiu o roteiro de entrevista proposto e abordaram em um único tópico temas que se inter-relacionavam. A estrutura utilizada encontra-se no Quadro 2.

A instituição, de caráter sócio-histórico e político, foi vista como um produto inacabado da constante luta de forças entre instituído-instituente. O propósito foi analisar a atuação do psicólogo em UBS identificando as determinações institucionais e transversais, que revelaram os conflitos e as lutas existentes; identificando o que pode ser revelado e analisado na sua contradição e o que deve ser mantido oculto. Por isso que, as falas em voz baixa e aquelas em que se pediu a manutenção do sigilo corresponderam a importantes dados de análise. Participantes e pesquisador estiveram necessariamente implicados nesse processo e a forma como isso ocorreu também foi um campo de análise.

Quadro 2 – Estrutura de Análise

1. Caracterização das participantes
2. A escolha pela profissão
3. Formação (Graduação, Pós-Graduação, Linha Teórica)
4. Trajetória Profissional
4.1. Escolha pelo serviço público/saúde pública
4.2. Atuação profissional geral (exceto UBS)
5. O psicólogo em UBS
<i>5.1 Histórico</i>
<i>5.2 Conceito geral de saúde e de atenção básica à saúde</i>
<i>5.3 O leque de ações da atuação profissional em UBS</i> (atividades desenvolvidas; práticas inovadoras)
<i>5.4 Especificidade do psicólogo na atenção básica à saúde</i>
<i>5.5 Demandas da vida: entre a demanda de saúde e a demanda social</i> (área de abrangência/necessidades gerais; contato com recursos da comunidade; caracterização e demanda dos usuários)
<i>5.6 Percepção do psicólogo sobre como é visto por usuários, por outros profissionais e pela gerência da UBS</i>
<i>5.7 Determinantes institucionais</i> (trabalho multiprofissional; comunicação interna; respaldo institucional; psicologia e princípios do SUS: universalidade, equidade, integralidade e controle social; trabalho de qualidade da psicologia em UBS)
6. Reflexões sobre a atuação em UBS (formação para o trabalho em UBS; pontos positivos e negativos do trabalho em UBS; expectativa profissional; perspectiva futura para a psicologia em UBS; considerações finais).

CAPÍTULO V

Análise e Discussões dos Dados

Por meio das entrevistas foi possível resgatar não só a presente atuação do psicólogo em UBS, mas também dados sobre um histórico da inserção deste profissional na saúde mental pública da cidade de São Paulo, o que se fez por meio do acompanhamento da trajetória profissional de cada uma das psicólogas entrevistadas e das mudanças que foram ocorrendo ao longo do tempo. É neste sentido, que, primeiramente, será feita a descrição dessa trajetória profissional desde a escolha da profissão até a inserção no mercado de trabalho para depois se focar na análise da atuação em UBS. O trabalho nesta unidade de saúde deve ser visto como uma somatória de determinantes que formam o percurso laboral de um profissional, e que nem sempre segue uma linearidade, podendo ser movido por interesses pessoais, posições assumidas, oportunidades de momento, dentre outros.

O objetivo de se fazer essa descrição é interligar o trabalho em UBS com a trajetória profissional das entrevistadas (suas escolhas, seus caminhos percorridos, suas desilusões e conquistas). Todas estão atualmente em UBS, nenhuma iniciou sua vida profissional por esta situação de trabalho e se encontrar ali correspondeu a um amplo processo de idas e vindas.

1. Caracterização das participantes

Tomou-se como dados de identificação nome, sexo, cargo, tipo de vínculo (contratado/concursado/prestador de serviço), carga horária, tempo de trabalho no serviço público, tempo de trabalho na UBS e graduação (ano de formação), a fim de se fazer o levantamento de algumas características gerais das participantes.

Todas as dezessete participantes do estudo eram do sexo feminino, tendência esta já apresentada na primeira pesquisa sobre as profissões realizada pelo CFP em 1988 (Langenbach e Negreiros, 1988).

O período de término da formação ficou entre 1973 e 1987. Considerando-se que o curso de psicologia dura cinco anos, o período de formação se estendeu de 1969 a 1987. Oito psicólogas se formaram na década de 1970 e nove na década de 1980. Destas, quatro fizeram todo o curso na década de 1980.

Quanto ao tempo de trabalho no serviço público, uma psicóloga tinha até 10 anos de trabalho no serviço público, oito tinham entre 11 e 20 anos e outras oito mais de 20 anos.

Em relação ao tempo de trabalho em UBS, ao todo, nove participantes tinham quinze ou mais anos de experiência em UBS.

Somente uma participante disse trabalhar 30 horas semanais e o restante, 40 horas.

Todas as participantes ocupam o cargo de psicólogas e, com exceção de uma, as demais são concursadas.

No geral, portanto, constatou-se que as entrevistadas são profissionais antigas no serviço público e têm longo tempo de atuação em UBS. São participantes que, iniciaram sua vida profissional nas duas décadas seguintes à regulamentação da profissão (décadas de 1970 e 1980), que correspondeu a um importante período em que, efetivamente, iniciou o processo de institucionalização dos psicólogos nos serviços públicos de saúde. Assim, são participantes que trazem na sua trajetória profissional parte da história do processo de profissionalização da Psicologia e também do início de uma atuação da área em instituições públicas de saúde no país.

2. A escolha pela profissão

A maioria das respostas referentes à escolha pela psicologia enquanto profissão esteve relacionada à eliminação com outras áreas como medicina, biblioteconomia, serviço social, arquitetura, antropologia, zoologia e história. Mas a escolha também foi influenciada pelo contato com a área ainda durante o ensino médio, através de professores que teriam motivado o interesse pela profissão ou porque ministravam uma disciplina referente ao tema ou falavam de psicologia em suas aulas.

(E10) “... no curso que corresponde ao Colegial,... eu tive uma professora que era psicóloga,..., ela influenciou bastante nessa escolha, e foi através dela que eu conheci a Psicologia”.

(E14) “... eu fui prestar Física, Direito e Psicologia... entrei em Direito..., entrei em Psicologia..., eu optei pela Psicologia assim no escuro mesmo... e eu acho que foi a melhor opção da minha vida...”

(E15) “... foi por eliminação um pouco,... eu pensei que eu podia fazer Zoologia... eu gostava muito de ler, gostava de Filosofia, Sociologia e amava Antropologia, mas Antropologia não tinha muitos cursos... eu não queria ir pra tão longe e daí eu acabei fazendo a opção de Psicologia...”.

Unidos a tais motivos estão aqueles que se referem a características pessoais (gostar de ler e de ouvir as pessoas desde criança) e a expectativa de resolução de problemas pessoais.

(E1) “... eu escolhi Psicologia por características pessoais... eu gostava muito de ouvir as pessoas... desde criança eu era assim... então eu falei ‘olha, melhor caminho é Psicologia mesmo’...”.

(E5) “... pensei em fazer Medicina, mas acabei caindo na Psicologia [...] eu acho que quase todo mundo acaba tentando primeiro resolver questões pessoais no curso, depois que vai entender direito o que vai fazer com isso...”.

(E13) “... desde menina, eu sempre gostei de ajudar outras pessoas e achei que dentro da área da Psicologia seria uma maneira de eu ajudar pessoas e, claro, também me ajudar a me conhecer...”.

No mencionado estudo sobre a profissão (CFP, 1988), a escolha pela psicologia foi dividida em cinco grandes motivos: *voltados para si* (características pessoais; desenvolvimento pessoal; satisfação pessoal/profissional; solução de problemas); *voltados para o outro* (conhecer o ser humano; gostar, valorizar, interagir, ajudar o ser humano); *voltados para a profissão* (interesse pela área; interesse pela psicologia; interesse pela prática profissional; condição do exercício profissional; compatibilização com o exercício legal); *extrínsecos à profissão* (escolha aleatória; segunda opção; falta de opção; falta de esclarecimento sobre outras profissões;

conveniências como tipo e local do curso, horário das aulas, condições do vestibular, dentre outros), e *outros* (respostas evasivas). O resultado apontado pelos autores foi o de que a maioria das escolhas estava em *motivos voltados para o outro*, seguida dos *motivos voltados para a profissão* e de *motivos voltados para si*. Não obstante ser a metodologia daquele estudo diferente do presente trabalho chamou atenção o fato de que a tendência apontada não se verificou entre as psicólogas ora entrevistadas, cujos motivos mais referidos foram os *extrínsecos à profissão* (principalmente, psicologia como segunda opção), seguido de *motivos voltados para si* (características pessoais como gostar de ler, gostar de ouvir as pessoas desde criança, e expectativa de resolução de problemas pessoais) e, em seguida, *motivos voltados para o outro e para a profissão*.

É possível inferir que o depoimento sobre a escolha profissional após 20 ou 30 anos em exercício, faz com que as próprias expectativas iniciais sejam reformuladas pelas participantes. O interessante a notar é que muitas das áreas citadas como outras opções profissionais (filosofia, antropologia, sociologia, serviço social, medicina) continuam tendo relação com o trabalho atual das entrevistadas, as quais as citam como muito importantes para o desempenho de suas funções como se verá a seguir.

3. Formação

A formação foi dividida em três temáticas que se inter-relacionam: graduação, pós-graduação e linha teórica dentro da psicologia.

Em relação à graduação, ela foi dividida entre disciplinas que as entrevistadas mais se identificaram durante a faculdade e estágios realizados (obrigatórios e extra-curriculares).

O que se observou foi uma diversidade de disciplinas citadas, mantendo-se como principais a psicanálise, a psicologia experimental/comportamental, psicologia Junguiana e a clínica, sendo esta considerada tanto uma disciplina quanto a principal área de estágio. Sociologia e antropologia foram as mais lembradas e não diretamente relacionadas à psicologia. Outras menos citadas se referiram à bioquímica,

fenomenologia, psicodrama, psicologia escolar, história da psicologia, filosofia, anatomia, psicologia industrial, psicologia do desenvolvimento, estatística, TEP (técnicas de exames psicoterápicos), biologia, terapia corporal, psicologia social e psicologia institucional.

Apesar das entrevistadas terem se identificado com disciplinas diversas na graduação, reconhece-se que o foco era na clínica e que outras áreas acabavam sendo desvalorizadas.

(E5) *“... venho optando pela clínica desde o início... a gente tem o currículo voltado pra clínica, todo o resto é de segunda categoria, pelo menos, na época, era isso muito forte, qualquer outra coisa que não fosse clínica era absolutamente desvalorizado no curso pelos professores, pelos alunos, então a gente saía muito direcionado pra área clínicas,..., na época, era um viés muito forte do curso, um preconceito muito grande com outras coisas e acho que a gente acabou tendo pouco contato”.*

Apesar disso, algumas psicólogas não quiseram seguir a área clínica e duas delas preferiram concentrar a formação em psicologia escolar/educacional.

(E1) *“... eu concentrei a minha opção de estágio na área de psicologia escolar, a gente fez um trabalho... de orientação de professores numa escola pública, a gente observou aluno em sala de aula, ..., a gente fez um planejamento numa linha comportamentalista ...”.*

(E7) *“... eu queria ser psicóloga escolar... eu sabia que eu não queria Indústria... eu fiz estágio na APAE, eu fiz estágio no (nome do hospital) no serviço de alergia [...] na verdade, eu não fiz tanto estágio assim, cumpri as horas, era mais na clínica, em aconselhamento”.*

Os estágios também não se limitavam à clínica-escola e podiam ser exercidos em espaços institucionais, como hospitais psiquiátricos, centros para deficientes físicos e mentais (APAE, AACD), dentre outros. Além da clínica, geralmente, focavam-se nas áreas historicamente mais conhecidas da psicologia: Escolar/Educacional e

Industrial/Organizacional. Somente uma entrevistada disse também ter tido estágio em Psicologia Institucional e outro chamado de *Bem-Estar Social*.

(E2) “... eu sempre tinha uma idéia na cabeça em clínica, uma fixação, obsessão,... no quinto ano, que foi o estágio em adulto, que é a prática mesmo, você atender, fazer em sala de espelho, tem o supervisor, tanto foi em adulto, infantil, família, de casal...”.

(E8) “... tinha os estágios obrigatórios em todas as áreas e não eram só três,..., tinha cinco áreas [...] Além das três principais, Educacional, do Trabalho e Clínica, tinha Institucional [...] do Bem-Estar Social era a quinta... eu lembro que eu ia em asilo, em escola e a clínica era na faculdade mesmo”.

(E10) “... eu fiz vários estágios... estagiei num instituto pra deficientes mentais, estagiei no DETRAN, em aplicação de testes para seleção de motoristas profissionais, eu fiz um estágio..., era um hospital psiquiátrico...”.

Contudo, alguns relatos demonstram que, apesar de existirem, os estágios eram poucos e com carga horária reduzida, o que fez algumas entrevistadas procurarem estágios extracurriculares.

(E1) “... eu estava no segundo ano da faculdade, eu fui procurar, sozinha... o Departamento de Higiene Mental... o precursor do Ambulatório de Saúde Mental... eu queria observar o trabalho do psicólogo, porque eu achei que o curso ... estava muito fraco [...] Depois eu fui fazer um estágio como voluntária também de observação num hospital psiquiátrico... eu vi aplicação de eletrochoque, as entrevistas de psiquiatria, entrevistas de primeira consulta, de triagem com pacientes doentes mentais... durante a faculdade eu trabalhei num instituto psicotécnico aplicando testes...”.

(E5) “...o estágio obrigatório era de quinze dias, sessenta horas [...] é isso que eu digo que tem um viés no curso (risos)... eu fiz uma optativa no segundo ano de observação em escola pública... os clínicos todos na própria faculdade... dentro do obrigatório a gente tinha uma carga horária, a partir do terceiro ano, onde quase tudo era clínica”.

(E13) “... eu procurei por conta própria, um estágio numa instituição que trabalhava com excepcionais,..., depois eu procurei estágio numa Clínica conveniada com o INSS... eu queria fazer alguns estágios, além dos estágios práticos da faculdade, porque os estágios práticos da faculdade são muito poucos, então, todas as colegas que ficaram só nos estágios práticos da

faculdade, não seguiram a profissão, pelo menos, das que eu tenho um contato mais próximo...”.

O que se observa é que, os estágios eram oferecidos sempre nas mesmas instituições (hospital psiquiátrico, instituições para deficientes mentais, em escolas e empresas) e as atividades eram, principalmente, observação, aplicação de testes psicológicos e atendimento clínico supervisionado. Apesar de ser possível vivenciar o trabalho com outros profissionais e em equipes, a preocupação recaía mais sobre a formação técnica e menos sobre a articulação entre esta e o contexto socioeconômico e cultural da população atendida. Em relação à área da saúde, os principais estágios permaneciam concentrados em hospitais e nas ações específicas a este contexto, sendo raros ou nulos aqueles desenvolvidos na atenção básica à saúde.

(E1) *“... eu atendi em Orientação Profissional [...] a gente aprendeu a aplicar o teste seguindo as orientações dos professores e era uma coisa muito mecânica...”*.

(E7) *“... na APAE a gente atendia casos de triagem... era alguma coisa mais de aplicação de teste, porque era um ambulatório...”*.

(E16) *No terceiro ano de faculdade, começou a trabalhar na Comunidade Terapêutica (nome da comunidade)... O trabalho desenvolvido era de agente terapêutico com crianças e adolescentes com distúrbio de comportamento... Havia discussões de caso e reuniões de equipe semanais...*

Neste sentido, a pós-graduação foi importante para se buscar o que a graduação não conseguiu oferecer. Nem todas as psicólogas entraram no mercado de trabalho via serviço público, mas os cursos que a maioria fez já tinham relação com a inserção no serviço público de saúde e foram realizados ou por interesse pessoal ou por necessidades vinculadas à prática institucional. A teoria foi sendo buscada conforme a prática exigia.

(E3) *“... o posto de saúde, ele é muito amplo, eu estava super habituada a atender criança e, de repente, começou a aparecer uma demanda grande de adulto, eu fui fazer a psicoterapia breve por causa disso, então conforme a demanda foi aparecendo, eu fui procurando me formar naquela área...”*.

Aqui, a escolha de formação também foi bastante variada e algumas disciplinas pouco citadas na graduação acabaram sendo aprofundadas em cursos de especialização ou de extensão, como, por exemplo, o psicodrama. Três entrevistadas iniciaram o mestrado, mas não o concluíram por diferentes motivos: para uma foi incompatível conciliar o trabalho no serviço público com a carga horária do curso; para outra, o fato de ter tido um filho impediu de concluí-lo e, ainda para uma, o mestrado representou sua “primeira decepção da vida profissional”, com muita “briga de egos” e sentiu que precisava sair da teoria e “fazer uma coisa de vivência”. Os cursos citados encontram-se no Quadro 3.

Quadro 3 – Cursos de especialização e extensão realizados pelas entrevistadas

Especialização	Extensão
Gestalt Terapia	Psicoterapia infantil
Psicoterapia Psicodinâmica de adulto	Psicodiagnóstico infantil
Psicoterapia da infância	Psicoterapia breve
Psicologia Educacional	Psicomotricidade
Psicologia Organizacional	Terapia Familiar e de Casal
Neuropsicologia	Arteterapia
Psicodrama	Psicanálise
Winnicott	Análise Transacional
Cinesilogia Psicológica	Psicopedagogia/queixa escolar
Gerontologia social	Danças circulares
Saúde pública	Políticas públicas
Dependência química	Trabalho em instituição pública
Psicologia aplicada à cardiologia	Grupo de recuperação (drogadição)
	Climatério
	Massagem
	Administração em Saúde Mental Coletiva
	Violência contra a mulher

Observa-se que muitos dos cursos realizados após a graduação estão vinculados à área clínica e, apesar de bastante diversos entre si, estão bastante ligados à psicologia e pouco tratam de qualquer especificidade da atenção básica a saúde.

Na verdade, a tensão está no fato da faculdade oferecer subsídios para o atendimento clínico ao molde liberal, em que o profissional é produtor de seus serviços e selecionador de sua clientela, e não para o trabalho institucional, o qual, apesar de ser oferecido em alguns estágios, se resumia à aprendizagem de aplicação de técnicas psicológicas e de interpretações através de teorias pré-estabelecidas. A inserção em UBS não só aumentou significativamente a clientela, como diversificou a demanda; aquela não era mais escolhida pelo profissional e esta não se caracterizava por uma queixa apenas psicológica, mas também social. Passou-se a se exigir flexibilidade na atuação, criação de novas formas de atuar e de se relacionar com outros atores, e sentiu-se a necessidade de se buscar conhecimentos tanto dentro da psicologia quanto fora dela. A atividade clínica em instituições de saúde contribuiu significativamente para se pensar a função social do psicólogo e passou a ser pensada como clínica ampliada, a fim também de atingir os propósitos institucionais e os novos desafios colocados a este profissional.

Ao mesmo tempo, se a formação complementar para a área clínica já era considerada uma busca permanente e, em certo sentido, revelava um mercado “autofágico” (CFP, 1988), agora se intensifica a busca de aperfeiçoamento e apoio profissional, o qual já era um pré-requisito deste a graduação.

(E2) “... eu fazia muitos cursos... junto com a faculdade, eu já tinha feito pra laudos,... pra Terapia de Casal,..., elaboração de diagnóstico, mais específico...”

(E11) “... terceiro ano já começa a ter uma ênfase na Clínica... aí começou a ter Psicopatologia,... eu fui me interessando por Clínica, nessa época eu comecei minha Análise também...”.

(E13) “... eu mantenho um grupo de estudos fora daqui, já a uns seis anos [...] eu fiz um grupo de estudos numa linha Lacaniana... eu fiz supervisão com um psicanalista também bastante tempo... se você pára, você fica ausente, às vezes eu faço alguns cursos a Sociedade de Psicanálise, alguns eventos, alguns Congressos, enfim, eu estou sempre aí”.

Outro ponto importante para a psicologia diz respeito justamente às linhas teóricas. Seguindo a tendência de outros estudos (Jackson e Cavalari, 1991; Dimenstein, 1998; Lima, 2005; Spink, 2006), quase todas as psicólogas têm a psicanálise como referência, mas ou a flexibilizam ou utilizam outras linhas em conjunto em suas práticas.

(E2) “... *Psicanálise, mas com a técnica flexibilizada [...] o setting na cabeça, não é só dentro da sala...*”.

(E3) “... *a gente usa muita coisa, a gente vai adaptando as situações, a gente já usou Winnicott, eu usei muito a Gestalt também... era muito bom trabalhar com as crianças nessa linha...*”.

(E4) “... *a minha formação era de base psicanalítica, depois você vai crescendo, acrescentando, vendo um monte de coisa, adaptando, mudando tudo, dependendo da experiência pessoal*”.

(E12) “... *a primeira que eu fiz foi Psicodrama, e obviamente a primeira terapia que eu fiz também foi em Psicodrama, depois eu fiz a Psicanálise, essa eu investi bastante, eu me formei na Psicanálise... depois eu fiz a Gestalt também, eu terminei com a Cognitiva...*”.

Um dos pontos de tensão está neste uso de diversas linhas teóricas. Se definir uma linha era um pré-requisito importante na graduação para ser um bom profissional, com a vivência da prática nas UBS, deixa de ser uma exigência fundamental. Ter uma “base analítica de raciocínio”, por exemplo, não exclui o uso de outras abordagens quando necessário e a atuação em UBS parece exigir essa postura. A ênfase dada a algumas poucas linhas teóricas podia não ser fator de tensão para quem se dedicasse apenas às atividades de consultório, mas passou a ser para o psicólogo que se institucionalizou e a maioria das entrevistadas expressa bem essa questão.

Outro ponto de tensão se refere à disputa no campo intelectual entre linhas teóricas distintas ou, nos dizeres de uma entrevistada, a “rixa” entre essas linhas, que segmenta rapidamente em diversas ideologias ocupacionais professores e alunos, polarizando-os. Entre as entrevistadas, a escolha acabou sendo feita mais por interesse e características pessoais do que pelo conhecimento das diversas linhas e da comparação

entre elas, o que não impediu que buscassem conhecer outras abordagens e mesmo utilizá-las ao longo da trajetória profissional.

(E1) *“... infelizmente, eu sou de uma época que havia ainda muita imaturidade no campo da Psicologia em termos de aceitação das várias abordagens, parece que hoje não mudou muito; os cursos que eu andei fazendo recentemente na (nome da universidade), ainda senti essa briga entre Comportamental e Psicanálise [...] de cada linha, falta de respeito uma com a outra... fazer a cabeça do aluno contra outra linha e a extrema exigência que ele tem que se definir por uma... todo esse terrorismo que tem na faculdade... na minha época também teve isso e eu acho que isso foi muito ruim...”*

(E12) *“... se você me perguntar, se você se define como Existencialista, sim, mas eu utilizo sem a menor cerimônia todas as linhas, porque é uma rixa descabida isso, porque tem momentos que você precisa muito do Cognitivismo, tem outros momentos que você precisa muito da Gestalt, que você precisa muito da Psicanálise, tem outros que você precisa da Melanie Klein só, tem hora que você precisa do Lacan e por aí vai, não tem jeito e se você tem tudo isso na sua cabeça, obviamente, você nem pára pra pensar de onde você está pegando aquela informação na hora que você está trabalhando...”*

Um exemplo clássico é a dicotomia feita entre psicanálise e psicologia experimental/comportamental, em que esta seria mais objetiva e aquela subjetiva, e a escolha por uma ou outra se daria por características pessoais ou pela influência de professores.

(E1) *“... eu fui me dirigindo pra Psicologia Experimental, eu gostava muito da precisão, eu acho que eu sou uma pessoa prática... essa coisa da Psicanálise, extremamente subjetiva, eu tinha muita dificuldade,..., agora, eu também não tive a sorte, talvez, de ter professores muito organizados nessa área...”*

(E2) *“... a área de Psicanálise, eu tinha uma certa resistência... deve ter sido, porque também era muito abstrato... a parte de condicionamento dos ratinhos, eu adorava”*.

(E15) *“... eu não me identificava muito com Comportamental, gostava, mas pra atividade Clínica eu achava que deixava a desejar, eu achava as análises muito superficiais...”*

(E17) “... uma disciplina que eu sempre, acho que desde o primeiro ano gostei, me identifiquei, foi com a área da Psicanálise e acho que até por conta da professora, que era uma professora que todo mundo amava...”.

É importante lembrar que a influência da psicanálise no Brasil é histórica. Franco da Rocha já utilizava de suas idéias na segunda década do século XX e outras linhas teóricas foram mais consistentemente desenvolvidas e incorporadas à psicologia após a Segunda Guerra Mundial. O estudo de Lima (2005), realizado a partir da trajetória profissional de psicólogos em UBS na cidade de Salvador-BA, colocou que a definição da identidade profissional do psicólogo era fortemente influenciada pela psicanálise, havendo até mesmo uma fusão psicólogo-psicanalista. O próprio Código Brasileiro de Ocupações (CBO, 2009) inclui a categoria “Psicanalista” entre as ocupações da psicologia, o que corrobora com este dado apontado pela autora.

4. Trajetória Profissional

4.1 Escolha pelo serviço público/saúde pública

O principal motivo por escolher o serviço público foi a estabilidade tanto empregatícia quanto financeira, sendo inclusas todas as falas que diziam sobre “segurança”, “renda fixa”, “emprego fixo” e “estabilidade”. Além da estabilidade, a influência familiar e a vontade/oportunidade de se dedicar à área foram as razões mais citadas de escolha.

(E5) “... acho que tem duas coisas, uma é salário garantido, porque o consultório dependia de ter clientes, de ter indicação,... acho que outra coisa, tem uma tradição engraçada, funcionário público, normalmente, tem familiar funcionário público, minha mãe era funcionária do Estado e eu acho que isso de alguma maneira trás uma referência... eu acho que era um jeito de eu também investir em clínica com menos risco nessa questão salarial...”.

(E8) “... quando eu fiz o concurso foi pensando na estabilidade de um modo geral...”

(E10) “... desde estudante eu queria muito atuar na minha área, aí surgiu a oportunidade, então eu prestei”.

Diferente de outros estudos (Jackson e Cavalari, 1991; Câmara e Rutsatz, 2006; Spink, 2006), cuja escolha pelo serviço público/saúde pública se deu, principalmente, pelo interesse em uma atuação social, institucional e comunidades; por práticas e vivências acadêmicas, e pela identificação com a área, respectivamente, aqui a estabilidade financeira predominou e a influência familiar foi um importante fator de escolha, não mostrados por aquelas pesquisas. Apenas uma entrevistada disse se sentir mais motivada com o trabalho em equipe e duas colocaram que o concurso era uma das poucas possibilidades de inserção no mercado de trabalho na época.

(E4) “... na época que eu fiz o concurso, eu estava com consultório, trabalha pra uma instituição particular... as oportunidades que tinham de emprego na ocasião eram poucas na nossa área, e na época todo mundo prestava os concursos, eu prestei vários concursos...”

(E12) “... naquele tempo, você tinha duas possibilidades... ou você partia pra Clínica, com o consultório particular e ficava nisso ou você partia pra área pública que era Estado e Prefeitura... eu não queria nunca depender só de mim mesma, ou seja, dos vai-e-vem de consultório particular, eu acho que é um ganho muito incerto e, por outro lado, o concurso público é aquela história do emprego fixo...”

(E15) “... eu me sentia mais motivada pensando em trabalhar em equipe e numa instituição, que em consultório só,... eu sentia falta de estar incluída numa instituição”.

Conforme colocado, ao mesmo tempo em que a década de 1970 foi o auge para o atendimento clínico ao molde liberal dentro da psicologia, também foi uma época de crises que atingiu nosso país e, conseqüentemente, a classe média, principal consumidora deste tipo de serviço psicológico. Os depoimentos revelam que atuar no

serviço público de saúde estava diretamente ligado a uma oportunidade estável de permanecer na área clínica. Neste primeiro momento, se pode falar em um prolongamento do consultório, mas em forma de expectativa de se manter na prática clínica através de duas possibilidades: o serviço público oferecia tanto a oportunidade de exercer o atendimento clínico institucionalmente, quanto permitia a manutenção do consultório particular, uma vez que a garantia de um salário fixo facilitava o suporte das instabilidades da prática liberal com mais segurança.

Porém, a escolha pela atuação clínica em instituição parecia estar mais ligada à estabilidade/instabilidade do consultório e menos à crítica quanto às mudanças e aos novos desafios que a institucionalização traria à atuação profissional, apesar de já haver indícios dessas alterações entre psicologia clínica liberal e psicologia clínica em instituições em algumas falas como “o consultório dependia de ter clientes, de ter indicação” e “eu não queria muito depender só de mim mesma, ou seja, dos vai-e-vem de consultório particular”. Estes depoimentos expressam as características da prática ao molde liberal, em que o profissional tem mais autonomia na produção e organização do serviço e, implicitamente, indicam que no trabalho institucional não era necessário uma busca pela clientela e a negociação de honorários, já que havia um salário mensal fixo.

Outro motivo bastante importante de escolha pelo serviço público foi expresso por uma das entrevistadas, a qual falou sobre a influência de estar sendo formada no momento histórico da ditadura militar e a importância de se dedicar ao coletivo-social até como opção político-ideológica.

(E1) “... sempre achei legal trabalhar em serviço público, já tinha trabalhado em escola pública... eu fui da juventude estudantil, participei de passeata, levei bomba, levei cassetete na cabeça, participei pra caramba de movimentos... entrei mesmo questionando, a Psicologia tinha que estar do lado dos oprimidos, consultório era uma coisa abominável, que você vai trabalhar a serviço do capital,... os estudantes profissionais faziam a cabeça da gente... eles atuavam dentro da sala de aula com táticas extremamente bem estruturadas de questionamento da ordem vigente, tudo que era ordem vigente era questionado, o poder era questionado, o poder do professor... você questionava a família, você questionava as relações individuais, o afeto, o amor das pessoas umas pelas outras, o amor tinha que ser algo coletivo [...] vim trabalhar muito pensando nisso e também pensando num emprego, eu queria um emprego mais estável,... ser um servidor público nesse país sempre foi um bom negócio...”.

O depoimento mostra bem a relação da escolha individual com o contexto social e o posicionamento dessa entrevistada para além do que tange à profissão, à luta contra a ditadura militar. Assim, a clínica institucional também é aderida a esse tipo de escolha profissional.

4.2 Atuação profissional geral (exceto UBS)

A inserção no mercado de trabalho de quase todas as entrevistadas, exceto uma, não se deu diretamente via concurso público. Elas tiveram outras experiências, nem sempre na área que queriam ou que se dedicaram durante a faculdade; algumas realizaram atividades não relacionadas à psicologia e outras abandonaram a profissão no meio do caminho, mas retornaram posteriormente. Ainda tiveram aquelas que já trabalhavam ou começaram a trabalhar durante a graduação e deram continuidade no que já vinham exercendo. No geral, a atuação anterior ao serviço público ligada à psicologia esteve concentrada, principalmente no consultório particular e na área do ensino (professora em escolas particulares ou especializadas, e em curso superior), sendo algumas experiências realizadas em psicologia escolar, recursos humanos, psicotécnico e atividade clínica institucional. Apenas três entrevistadas tiveram o consultório como a única forma de experiência anterior à entrada no serviço público.

(E1) *“... antes de eu me formar, eu fui convidada para dar aula de Psicologia Experimental numa faculdade... eu era professora assistente..., eu não me lembro se foi logo nessa época ou um pouco depois como psicóloga escolar também, numa escola pra crianças PC, crianças com Paralisia Cerebral...”*.

(E4) *“... comecei a trabalhar numa clínica atendendo criança, numa clínica multiprofissional,..., lá tinha uma população com muito comprometimento, deficiências,..., terminei minha especialização, fui trabalhar numa instituição com crianças psicóticas...”*.

(E12) *“... parti pra área clínica, obviamente que abri meu consultório e prestando concurso...”*.

(E13) “... a minha primeira experiência após formada foi num psicotécnico...”.

Mais uma vez, confirma-se que a atividade clínica tradicional é uma atividade instável não somente para recém-formados. Há certa persistência em tentar manter esse tipo de prática ao longo de toda a trajetória profissional e mesmo após a inserção no serviço público de saúde, contudo, algumas entrevistadas optaram por uma atuação apenas institucional e pela não continuidade de seus consultórios. De doze entrevistadas que confirmaram ter ou já ter tido consultório particular, pelo menos, metade destas não o tem mais.

(E1) “... consultório começa aquela coisa super minguada, aparece um, aí você fica torcendo pra aparecer o outro, você fica um tempão sem ninguém,... tem que ficar pagando, estava muito caro, aí eu estava fazendo terapia de novo,... aí eu parei o consultório [...] hoje eu estou com consultório...”.

(E5) “... até trabalhei um tempo com RH [...] Em paralelo eu montei consultório... mas nunca consegui sobreviver disso... mantive esse consultório durante muitos anos,... parei em 2001... e aí tentei voltar um pouco, mas estava pagando pra trabalhar, aí não era o momento pra eu pagar pra trabalhar, então, parei o consultório de novo, estou só com a UBS...”.

(E11) “... naquela fantasia de que podia se formar e abrir consultório, não fiquei nem meio ano disse assim ‘não, não dá’, aí uma colega trabalhava numa escola de crianças especiais, eu trabalhei lá, mas pra mim eu achei muito pesado, ... aí eu fui para um outro ramo... eu me senti muito frustrada porque eu não gostava de vender... daí apareceu o concurso...”.

(E15) “... fiquei no consultório com uma colega, mas o consultório... é uma atividade muito irregular e eu o tempo todo trabalhei em instituição e sentia falta de uma equipe multidisciplinar...”.

A inserção no mercado de trabalho e as experiências anteriores ao serviço público pareceram coerentes com a formação que as entrevistadas tiveram durante a graduação. Afinal, as áreas de concentração de trabalho continuaram sendo clínica, escolar e industrial/organizacional e não se diferenciaram muito dos estágios vivenciados na faculdade.

Já com a entrada no serviço público ocorreu uma mudança significativa nos espaços de atuação, que até então não haviam sido citados pelas participantes desse estudo como experiência da formação e da profissão. O que se observa é que, além da atuação em UBS, as entrevistadas se movimentaram por diversos equipamentos públicos de saúde. Os principais foram hospital geral e ambulatorios (de especialidade e de saúde mental), mas o trabalho realizado em CECCO, na saúde do escolar (vinculada à Secretaria da Educação), em hospital-dia e em CAPS (adulto e álcool e drogas) já apontava para uma fala diferenciada sobre a própria atuação.

(E1) *“... eu fui fazer o trabalho de interconsulta dentro do hospital [...] a gente acompanhava o psiquiatria e dava a nossa avaliação sobre as condições do paciente... depois foi designado que a gente montasse um trabalho de Psicologia Hospitalar...”*.

(E2) *“... eu fui pro Ambulatório de Especialidades... eu tive a oportunidade de trabalhar com a assistente social e psiquiatra...”*.

(E5) *“... eu acabei ficando no Centro de Convivên... eu achei muito legal tentar montar o serviço,... aí teve uma remoção zerada, ou seja, todo mundo saía das vagas que estavam e de acordo com a nota dos concursos,... e a gente teve que escolher todas as vagas da cidade de novo... aí e fui pro HD...”*.

(E6) *“No pronto-socorro era um trabalho muito emergencial, eu trabalhei em emergência psiquiátrica...”*.

(E8) *“Eu era gerente de treinamento de pessoal, então, diversos cursos de treinamento e diversas seleções de pessoal; os cursos, a gente fazia em todas as áreas, área administrativa, umas relativas mais ao psicólogo, administração de conflito, liderança e muitos na área de enfermagem... eu coordenava também a creche do hospital... eu coordenava o setor de estágios...”*.

(E12) *“... eu fui chamada pra ser supervisora da (região de São Paulo)...”*

A trajetória na saúde pública não foi linear e os locais de atuação dependiam muito da gestão governamental do momento. A remoção zerada do governo Erundina, por exemplo, deslocou profissionais por toda a cidade. Algumas

entrevistadas começaram a atuar em UBS e em CECCO, depois foram trabalhar em hospital ou em ambulatório para, em seguida, retornarem à UBS.

Diversificaram-se também as funções exercidas pelos psicólogos. Dentre os cargos citados estão chefe de programa específico da Secretaria da Saúde; coordenadora de projeto; gerente e técnica de recursos humanos; supervisora e assessora técnica de saúde mental, e auxiliar de chefia. De um trabalho quase que exclusivamente assistencial, o psicólogo passou a ter a oportunidade de desenvolver ações com maior poder de decisão. Estas novas funções também permitiram diversificar os instrumentos utilizados, até porque o diálogo com outras categorias profissionais passou a se fazer mais presente e necessário.

Em relação às atividades desenvolvidas é possível perceber a integração entre práticas tradicionais da psicologia (avaliação psicológica, trabalho em grupo com mães e crianças com dificuldade de aprendizagem dentre outros) e outras completamente novas, as quais demonstravam o quanto a “extraterritorialidade social” (Albuquerque, 1978) possível na prática liberal, deixou de fazer sentido com a inserção no serviço público. A fala das entrevistadas diz por si só as mudanças com o processo de institucionalização, as quais em seus conflitos e contradições contribuíram para redefinir posturas e flexibilizar a prática através de ações que envolviam novos atores (humanos e não humanos). A função social do psicólogo pôde ser expressa quando foi possível o contato entre o privado e o coletivo e não a exclusão de um ou outro, que marca as dicotomias dentro da psicologia. Foi na relação entre o que já era específico e conhecido pela área e o que era, por vezes, desconhecido, que houve a possibilidade de se pensar em um trabalho conjunto. Os depoimentos já apontavam para ações coletivas nas expressões “a gente desenvolveu”, “nós criamos”, “a gente lutou”, “a gente agregou”, “nós nos empenhamos”.

(E10) *“No ambulatório de saúde mental a gente fazia a avaliação psicológica... no início eu trabalhava mais com criança e mães, eu vim trabalhar com adultos mais tarde..., tinha a equipe multiprofissional, a gente discutia aqueles casos... no segundo ambulatório que eu trabalhei, eu desenvolvi grupos de psicomotricidade com as crianças... eu fiz grupinhos com criança, que tinham dificuldade de aprendizagem escolar, eu fazia grupo de mães dessas crianças e o psicodiagnóstico... eu entrei como co-terapeuta num grupo pra alcoolistas...”*

(E12) “... a gente desenvolveu coisas inéditas, por exemplo, tinha um trabalho de pais participantes que eu entrei, que era o berçário de alto-risco, daí nós criamos o grupo de oncologia... era a época da AIDS estourando [...] você não conseguia que as pessoas realmente tirassem o preconceito e vissem as pessoas enquanto pessoas... quem tinha que levar comida passava debaixo da porta, era uma coisa muito triste, então pra você mudar tudo isso foi uma coisa difícil, a gente também conseguiu... mas tinha todo um estudo, pessoas interessadas, eu tinha verba pra viajar, verba pra estudar, pra ir pra congressos, pra se especializar [...] eu já participava também do Programa de gestante e adolescente, ... a gente cria o Programa de violência e você começa a descobrir que, de onde vem essa gestante adolescente, geralmente vem de casa, é o padrasto ou, principalmente o próprio pai...”. [trabalho em hospital geral]

(E14) “[...] A gente criou o trabalho, eles não mandavam material, a gente lutou pelo material, a gente pedia doação, no fim conseguimos do governo federal, nem do municipal, a gente agregou a comunidade, a comunidade lutou junto [...] a gente era como uma família ali; uma vez nós saímos em passeata na defesa (riso) do CECCO, do SUS,... quando nós voltamos, depois do PAS, já sem aquela comunicação social, nós nos empenhamos na cooperativa e fim de semana, chovendo, aquele bando de maluquinho montando barraquinha [...] eu dei o sangue mesmo viu,... lá foi inesquecível, e eu aprendi muito, eu não sabia nada de saúde mental... consultório não ensina nada minha filha, nada...”.

(E15) “... tem a singularidade do CAPS que eu trabalhei ter sido na região de extrema periferia, uma população que vive abaixo da linha da miséria, portanto, aquele CAPS não era muito típico [...] No CAPS, por exemplo, um trabalho sobre orientação profissional que a gente fazia com adolescentes... um trabalho de promoção e educação em saúde mental que a gente fazia, também com vistas mais à prevenção... e tem um detalhe, nós cinco psicólogos éramos a rede de serviço especializado, o CAPS e a rede básica, porque não tinha psicólogo na rede básica, então, quando a pessoa melhorava a contra-referência era a gente mesmo... o que acontecia lá era que os nossos parceiros era a igreja, o padre da região, e quem fosse Espírita, a gente tinha que contar com parceiros assim [...] nós criamos uma oficina de bijuteria, oficina de artes no CAPS, aí a gente conseguiu um espaço pra que eles pudessem expor os trabalhos...”.

(E16) Quando trabalhava no HD, ela aproveitou sua veia artística e desenvolvia oficinas de pintura e de atividades gráficas com os usuários. No trabalho com álcool e drogas, ela desenvolveu uma oficina de vídeo com adolescentes.

O conjunto dos depoimentos apresentados mostra a diversidade que configurou o trabalho profissional e que repercutirá no trabalho nas UBS. Nesse momento, muitas das entrevistadas já alternavam entre UBS e outros espaços de atuação no

serviço público. As mudanças de gestão eram sempre um período de incertezas e, por vezes, deslocamentos de cargos, funções e locais de trabalho.

5. O psicólogo em UBS

5.1 Histórico

Pelo tempo no serviço público, os depoimentos revelam um rico material histórico de inserção do psicólogo em UBS na cidade de São Paulo e explicitam o quanto a entrada deste profissional na área da saúde trouxe uma nova dinâmica para seu trabalho, que envolveu determinantes institucionais (nova forma de organização e produção do trabalho; relação com outros profissionais; trabalho comunitário; novos desafios teórico-práticos) e transversais (imposições das políticas públicas de saúde; constantes mudanças nas gestões de governo, demandas sociais, resoluções e imposições da própria categoria). São idas e vindas entre passado e presente, que dão um caráter mutante ao papel do psicólogo e o faz implicado num constante movimento e negociação com aquilo que é exigido dele como representante de uma categoria profissional e como agente institucional. Os seguintes depoimentos são relativamente longos, mas retratam essa nova dinâmica que desafia a atuação do psicólogo em UBS.

(E1) “... eu sou participante daquele grupo que foi o criador do trabalho do psicólogo em Unidade Básica de Saúde [...] quanta polêmica, quanta discussão, quanta queimação de cuca..., um psiquiatra que tinha estado lá pela Secretaria, ele tinha escrito alguma coisa a respeito do trabalho do psicólogo com deficientes mentais em Unidade Básica, me lembro que era o único documento que existia,..., as pessoas parecem que sabiam mais ou menos assim pra que servia,..., a gente é que teve que planejar tudo;... nós éramos designadas pros postos sociais,... o trabalho do psicólogo não seria um trabalho clínico dentro de um consultório, recebendo os pacientes, fazendo testagem para as escolas, que era o papel mais tradicional, que o Estado até então era o único que tinha desenvolvido; até então existia o quê? O Ambulatório de Saúde Mental do Estado, os hospitais psiquiátricos,... e a gente já queria fazer um trabalho comunitário, um trabalho que a gente saísse do posto e fosse mais na comunidade, facilitar o desenvolvimento dessa comunidade de alguma forma, ir para as escolas, observar professor na escola pra não ficar só testando o

aluno, e dentro da sala de aula, ir visitar famílias, luta antimanicomial já se falava nisso, a antipsiquiatria, já se falava nisso,... já não era mais a individual, era grupo;... a gente pretendia trabalhar junto à saúde, quer dizer, já era trabalhar em patologias, já se falava nisso no nosso projeto,..., a gente achava importante caracterizar bem aquela comunidade, caracterizar os recursos da comunidade pra que a gente não ficasse com as pessoas dentro do posto muito tempo, ... a gente fazia uma caracterização de recursos pra encaminhamento, a gente sabia que a gente ia encontrar muito paciente e que a gente tinha que encaminhar também; muita dificuldade viu,..., a gente chegava, não tinha material, material lúdico, material gráfico, colocaram a gente em postos que não eram postos sociais também, eram postos mais tradicionais que não tinham, às vezes, espaço, físico”.

(E5) *“... a Unidade Básica tinha até profissional, naquela época,... tinha uma supervisão grupal tentando montar uma rede, pensar o serviço e tudo voltou como responsabilidade da UBS, a UBS tinha que dar conta da saúde de todos os programas de saúde, então tinha uma briga enorme, na época, das psicólogas,... que era o pessoal que estava nas escolas fazendo um trabalho da saúde do escolar,... essas pessoas foram transferidas pra dentro da UBS, ou nessa remoção zerada podiam escolher outra coisa qualquer, mas clínica de saúde escolar foi desmontada e as pessoas estavam muito bravas, porque, às vezes, tinha uma sala pra duas pessoas de oito horas ocuparem... eu lembro que a briga era assim ‘bom, eu tenho uma gaveta numa sala e o que eu faço com a gaveta?’, eram discussões desse nível (riso),..., então, mudou-se a forma de apresentar as coisas,... , era uma coisa de formar essa discussão, eles não tinham essa prática...”.*

(E7) *“[...] início não era pra fazer terapia [...] A idéia era você fazer mais trabalho educativo,... eu fiz muito trabalho com gestante,... às vezes, eu fazia em conjunto com a assistente social [...] Era um grupo educativo de pensar a gestação, cuidados com a criança,... algumas não tinham a menor idéia, onde o bebê está, como é que é o útero, faz um desenho, aí misturava com o intestino [...] aí teve uma remoção e eu fui trabalhar numa UBS também em (bairro da Zona Oeste) [...] era um período que tinha um tal de Projeto Zona Norte,... várias propostas... um pouco na linha dessa junção de municipalização, de como se juntar a Prefeitura do Estado,... e essa Unidade fazia parte disso; um detalhe, eu começando na Prefeitura, não tinha nem um psiquiatra, as psicólogas foram a primeira coisa de saúde mental, depois é que chegaram os psiquiatras, [...] era uma fase de muita reunião... a gente tinha supervisão... era tudo muito, digamos, bem assessorado, pensado...”.*

(E10) *“... eu gosto de falar em dois momentos, desde que eu entrei até recentemente,... o trabalho do psicólogo na UBS era basicamente um trabalho de promoção de saúde,... de prevenção de agravos da doença e ele trabalhava não só na área de saúde mental, mas ele sempre trabalhou ligado à clínica médica, então, psicólogo trabalhava também nos grupos de diabéticos, de hipertensos, gestantes etc., e fazia um trabalho clínico, mas de uma clínica ligada a casos mais leves; atualmente isso mudou muito, porque antes nós tínhamos, pelo menos, dois psicólogos em cada posto de saúde..., recentemente, eles retiraram essas equipes das UBS e colocaram as chamadas Unidades de Apoio,... a Unidade de Apoio é pra ser uma UBS de apoio que atende a população dessa região e mais três,... mas, o que nós estamos sabendo é que isso não deu certo,... não são em todas as regiões que*

existem,... o papel do psicólogo vai mudar também, que agora eles estão criando os NASF, tem as OS e tem os NASF,... atualmente, eu vejo o psicólogo um profissional sobrecarregado, o trabalho que a gente faz aqui na UBS, a gente não tem estrutura, a gente é muito pressionado, porque agora no momento a gente está recusando novos casos do CAPS, nós estamos só com uma psiquiatra,... nós sofremos uma pressão muito grande pra aceitar esses casos, são casos muito graves e não temos estrutura...”

(E11) “... primeiro foi de deslumbramento, porque eu nunca tinha trabalhado no serviço público..., eu fui a primeira a chegar,..., e quando eu cheguei lá, a chefe do posto ficou surpresa falou ‘ué, tem psicólogo aqui agora?’ (risos),..., foi quando começou a Erundina e ela estava ainda implementando as equipes de saúde mental,... aí eu comecei ir atrás de literatura, falei ‘gente, o que eu vou fazer aqui?’, ... Não dá pra atender um por um... tinha uma demanda muito grande de escola,... comecei a ir nas escolas, aí todo mundo queria mandar, comecei a ficar desesperada,..., depois chegou psiquiatra, T.O., aí eu comecei a aprender a trabalhar em equipe, porque a gente não tinha isso na graduação, na graduação a gente trabalhava só com psicólogo...”

A UBS se caracterizava como o espaço da diversidade e do inacabado, em que forças em conflito se moviam em diferentes sentidos e negociavam constantemente formas de intervenções, o que podia ser um obstáculo para quem estava acostumado a organizar seu próprio trabalho, escolher sua clientela e realizar ações específicas. Não era somente o trabalho em atenção básica à saúde que desafiava o psicólogo, mas também o local onde a unidade se encontrava. No início, a maioria das psicólogas ia trabalhar na periferia da cidade e enfrentava problemáticas sociais, que até então não estavam presentes em sua prática profissional. Esta realidade continua a existir como aponta a fala de uma entrevistada que foi, há alguns anos, ameaçada de morte e teve que ser transferida para um CAPS e quase não recebeu respaldo institucional.

(E7) “... imagina Jd. (nome do local), ficava no cocuruto de um morrinho, então é um bairro mais ou menos novo de gente muito pobre, duas vezes aconteceu de chegar lá, ter um corpo assim coberto, porque tinha tido alguma morte por tiro ou faca, sei lá, e a polícia não tinha chegado assim, o espírito era meio esse, favela...”

(E10) “... na UBS muitas vezes eu estava sozinha, então a gente começa a atender todas as faixas etárias mesmo”.

(E15) “... eu tive que sair de lá [USB], por problema de que um pai foi ameaçar com revólver e eu tive o respaldo da supervisão de saúde de lá, que pegou e me colocou no CAPS, mas a Coordenação de Saúde não quer nem saber se você vai morrer ou viver,... se você quiser você pede a conta, a Coordenadoria de Saúde não deu o menor apoio, mas a supervisão de saúde deu [...] e eu insisto, a Prefeitura não dá apoio pra psicólogo na periferia, psicólogo na periferia fica excluído juntamente com os habitantes da periferia, isso é lamentável”.

Internamente à área, a entrada do psicólogo em UBS também ocorreu por reivindicação da categoria em se fazer cumprir a contratação de psicólogos aprovados em concurso público. A saúde pública se tornou importante no processo de profissionalização da psicologia, porque, dentre outros fatores, era uma área propícia à divulgação da profissão, a qual era realizada através “de boca-a-boca, de conversar, de bater-papo”. Nos serviços, esclarecer qual era o papel do psicólogo aos médicos e usuários se tornou uma forma de ter a área reconhecida socialmente e de dar início ao trabalho naquele espaço.

(E1) “... a gente chegava, conversava com o médico, falava ‘olha, eu sou psicóloga, eu trabalho aqui em tal período e a gente pretende realizar tal e tal trabalho aqui no posto, se você tiver algum paciente pra encaminhar pra gente, você encaminha, se você quiser conversar sobre algum paciente a gente conversa...’, não tinha reunião clínica, isso nunca existiu na prefeitura... essas reuniões eram só reuniões administrativas... a gente se apresentava mesmo, nunca fui apresentada... Então, é um trabalho assim, de boca-a-boca, de conversar, de bater-papo... eu ia pra cozinha fazer bate-papo para as pessoas me conhecer, fazia questão de entrar no meio das discussões sobre os pacientes... mas eu me lembro que sempre foi muito por aí, até hoje [...] a gente trabalhava muito com divulgação, divulgar pra população o que era o trabalho do psicólogo, divulgar para os médicos o que era o trabalho do psicólogo,..., a gente não era valorizada naquela época, os médicos não sabiam direito o que fazia o psicólogo...”.

(E10) “... depois de algum tempo que eu estava trabalhando no ambulatório,..., nós fomos chamadas pelo advogado do CRP, porque uma das colegas que foi como eu aprovada e que não foi chamada, mas que já era funcionária da Prefeitura, ela teve a iniciativa de procurar o advogado, então, foi feito um mandato de segurança. Por quê? Porque nos Estatutos constava que uma vez tendo os psicólogos aprovados no concurso a Prefeitura não poderia contratar outras pessoas e isso foi feito,... os chamados apadrinhados,... a validade desse concurso foi prorrogada,... a Secretaria de Saúde foi obrigada contratar e efetivar todos os profissionais aprovados no concurso, então foi assim que eu entrei,..., embora eu gostasse muito do trabalho que eu fazia em ambulatório de

saúde mental,... na Prefeitura eu fui obrigada a ir para UBS, não tinha ambulatório na Prefeitura...”.

5.2 Conceito geral de saúde e de atenção básica à saúde

Para a maioria das entrevistadas, saúde quer dizer bem-estar, equilíbrio e satisfação pela vida e se refere a um conceito amplo que não envolve somente ausência de doença, mas também seus determinantes sociais (moradia, educação, alimentação, trabalho, lazer, dentre outros).

(E16) *“Saúde para mim é um estado de equilíbrio e bem-estar do indivíduo nos diferentes aspectos físicos, emocionais etc.; estar saudável é um processo, um produto da relação deste indivíduo com o meio que o cerca. Portanto, saúde é um conceito determinado por diferentes fatores biológicos ambientais, socio-econômicos, culturais, históricos, educacionais...”.*

(E17) *“... saúde está muito relacionado ao estado de satisfação da pessoa... enquanto ser humano, se sentindo respeitada, ela tem um lugar no mundo onde ela se sente útil, se sente importante, se sente participando daquela comunidade, da vida, do mundo que ela habita, pra mim isso é saúde...”.*

Os conceitos de saúde geral e de atenção básica se confundem em certos momentos no conteúdo das falas. Algumas entrevistadas falaram do caráter preventivo do conceito de saúde, ligada a uma atuação antes do adoecer, o que também foi considerado para o conceito de atenção básica à saúde (ABS), a qual estaria, primeiramente, ligada ao “cuidado prévio”, “inicial”, voltado à prevenção de doenças e à promoção da saúde, mas também se relacionaria à avaliação das necessidades do usuário, ao tratamento e ao acompanhamento.

(E3) *“... eu penso o trabalho da saúde básica facilitar o acesso das pessoas pra um tratamento geral, não só do corpo...”.*

(E4) “... a primeira atenção necessária até para prevenir,... seria o cuidado prévio,... o que é tão difícil de conseguir hoje em dia”.

(E7) “... o corpo da gente tem uma lógica, tem essa coisa, da história natural da doença, tem uma história natural da saúde,..., aqui acontece muita coisa que não é doença, esses grupos, quem vai fazer o grupo de relaxamento... não precisa estar com uma dor,... coisas que se pode fazer para o seu bem-estar, para o seu contentamento...”.

(E8) “... na Unidade Básica a gente faz avaliação do que precisa ser encaminhado...”.

(E13) “... eu acho que a saúde é a promoção anterior, quer dizer, é o que se chama aí, talvez, de atenção primária, é você prevenir pra que você não fique doente de verdade, então eu acho que se não tiver esse conjunto a nossa população vai continuar doente [...] a gente faz um trabalho que eu considero até de certa forma preventivo, mas ele não abrange tudo, ele abrange muito pouco, e quando as pessoas chegam na Unidade Básica de Saúde, pelo menos, eu vejo assim, elas já vêm adoecidas...”.

Ao falar do conceito de saúde, uma entrevistada disse ser um conjunto de medidas “extramuros”, enquanto outra, ao conceituar ABS, teve uma fala parecida e relacionada ao trabalho com outras instituições.

(E13) “... saúde é um conjunto de medidas extramuros,..., promover saúde é isso, inclusive, é tentar fazer com que a pessoa tenha seu trabalho, readquira sua dignidade, tenha a sua individualidade, pra que ela possa se sentir gente,... quer dizer, um conjunto integrado de ações, que envolve aspectos financeiros, envolve educação, envolve inclusive, a área da saúde...”.

(E1) “... atuar nas áreas de risco... você sai do posto de saúde e você presta uma assessoria numa creche ou em alguma instituição... você vai até lá, detecta problemas, que ainda não chegaram aqui... tenta trabalhar essas pessoas lá nesses lugares como multiplicadores...”.

A UBS é vista, portanto, como um espaço onde deveriam acontecer ações relacionadas à saúde, o que geralmente não ocorre na prática. Há sempre uma tensão

entre o curativo, que se focaria na doença e em ações dentro do serviço, e o preventivo, cujas ações se voltariam à saúde e seriam realizadas externamente.

(E1) “... existe essa contradição entre atender aqueles que chegam ou usar o seu tempo pra fazer esses trabalhos fora, você fica tomada com os que chegam...”.

(E15) “ ... eu acho que não é um posto de saúde, é um posto de doença, não tem nenhum espaço pra atividade de promoção da saúde, o trabalho todo é já numa etapa que você tem que atuar no nível curativo [...] eu antes imaginava que Unidade Básica de Saúde estava voltada pra promoção da saúde e, na verdade, a gente só trata com a doença mesmo [...] O que deveria ser, eu acho que a gente deveria ter parcerias com as escolas, trabalho de orientação vocacional, que é uma promoção da saúde, educação em saúde mental,... mas já tentei e, daí como eu vi que tinha resistência e o pessoal considera que isso não é trabalho... promoção da saúde é enrolação... o bom psicólogo é aquele que atende casos, atende psicótico, atende deprimido [...] sexta-feira que foi o Seminário de depressão, hoje eu já fui cobrada porque não devia ter ido, por uma colega psicóloga... você tem que virar uma máquina de atender, atender, atender, atender, talvez hoje eu esteja cansada (risos)”.

A expectativa sobre a atuação em saúde mental na atenção básica ficou historicamente vinculada a ações de prevenção e promoção à saúde, o que muitas vezes fica distante do que é proposto para se realizar na UBS. Em acréscimo, imposições institucionais são vividas de forma tão intensa que geram mais do que frustrações, adoecimento.

(E10) “... sempre houve uma demanda clínica na UBS, mas havia um enfoque onde a prioridade era prevenção e promoção e o psicólogo trabalhava muito nessa área...”.

(E5) “... no final de 2005, começo de 2006, todos os colegas aqui estavam tomando antidepressivo, porque era o tempo inteiro não tem resposta, não tem retaguarda, não tem pra onde encaminhar, não tem vaga pra agendar, estava num gargalo...”

(E14) “... a minha sensação de impotência é muito grande, a sensação de não poder fazer o que eu acho que tinha que se fazer é muito grande, então, se eu tivesse que mensurar, por exemplo, esse ano eu terminei tremendamente frustrada, porque eu tive a impressão que eu fiquei apertando parafuso a lá Charlie Chaplin. Eu lutei muito, eu me desgastei, eu estou exaurida e eu achei que não tivesse chegado a lugar algum,..., eu estou ganhando mal,... eu estava

num desânimo total, muito triste mesmo, aí eu ganhei um monte de presentes dos usuários... São eles que me animam a prosseguir, porque se fosse pela política, se você visse meu estado, eu estava um caco, desanimada, não queria nem levantar da cama de tão triste que eu estava, só fiquei preenchendo papel, o ano inteiro, enlouquecida com as planilhas que eles mandaram fazer, com as mudanças, com isso, com aquilo, eles não param de inventar coisas, eles não param [...] estive anêmica o ano inteiro... e quando eu ganhei aquele monte de presente, eu falei 'gente, acho que eu fiz alguma coisa e não estou sabendo', (risos),... aí eu até melhorei, fiquei melhor, fiquei bem, fiquei feliz...".

(E15) *"... fiquei pensando muito, mas muito mesmo na biologização de tudo,... ninguém pára pra ter uma visão mais ampla das coisas, parar pra refletir é bobagem, não se pode faltar para ir a um curso que reflita, você tem que ir num curso como ensina a trabalhar mais, mais, mais e mais e aí, entra aquela questão também que é a questão da angústia da produtividade, de gerar os afetos negativos e você ter que ficar medicando um ambiente de trabalho que te adoce..."*.

Além da atenção básica ser pensada como cuidado prévio, uma entrevistada a conceituou como *"...o primeiro nível de atenção a saúde, de organização do serviço para atender aos cidadãos. Portanto, está ligado a ações de promoção de saúde e intervenções de baixa complexidade"*. Conforme já colocado, nesse estudo se prefere pensar a ABS como um tipo de complexidade específico ao que ela se propõe que não é uma alta complexidade tecnológica, mas relacional. A definição dos serviços em níveis de atenção e complexidade não é simples, ainda mais se tratando de saúde mental, cujas ações podem se diluir e ocorrer em um único espaço e intervenção. Na maior parte dos depoimentos, a UBS deveria estar vinculada à atenção básica (prevenção e promoção), mas o que se faz são ações de atenção secundária (atendimento a casos específicos, mais graves e/ou crônicos).

(E2) *"... atendimento primário, você pode pensar mais em oportunidades de fazer ações só coletivas... secundário, terciário, você já pode trabalhar mais na questão do modelo médico mesmo, o que você lembra mais em sintomas, você lembra mais em tratamento,... você não vai estimulá-la a participar de um Conselho Gestor lá com a pessoa que está acamada, você vai trabalhar muito com os familiares, de suporte, vai trabalhar muito com acompanhante,... o cuidador, então, mudam as necessidades"*.

(E10) “... no início do meu trabalho na saúde pública existia, mais ou menos, uma diferença, o trabalho primário na UBS, o trabalho secundário no ambulatório de saúde mental e o trabalho terciário nos hospitais,... hoje em dia, infelizmente, não existe mais, por exemplo, aqui é uma UBS, é uma Unidade Básica de Saúde, cujo objetivo seria prevenção das doenças e promoção à saúde e, ao mesmo tempo, é uma Unidade de Apoio, que é praticamente um ambulatório de saúde mental,... e é esperado da gente que a gente atenda sem ter estrutura, porque no ambulatório de saúde mental até o porteiro, as funcionárias da recepção, os auxiliares... todos são treinados pra trabalhar com aquela população, aqui não, então você imagina o transtorno que é na sala de espera uma gestante, uma mãe com recém-nascido no colo e um paciente psicótico grave...”.

Algumas entrevistadas já consideram um trabalho integrado entre ações sanitárias e de tratamento e a necessidade de preparo independente do nível de atenção. Como os parâmetros de referência e contra-referência em saúde mental não são bem delimitados, o risco em estruturar os serviços em termos de complexidade é a não responsabilização por uma determinada problemática. Ao mesmo tempo, estabelecer qualquer separação rígida entre os níveis de atenção se torna difícil, porque a lógica da organização dos serviços não é a mesma lógica da vivência do usuário em relação a sua demanda, o qual pode necessitar dos diferentes níveis a um só tempo ou pode requerer outros lugares não da saúde para solucionar seus problemas e questões.

(E1) “... a UBS está previsto, leve a moderado, então, já entra um pouco a coisa ambulatorial... pra mim o ambulatório é secundário... e não é atenção primária...”.

(E11) “... eu acho que pra mim, atenção primária na saúde em termos de UBS engloba tanto a questão da prevenção e promoção, mas eu acho que entra também, o que antigamente se chamava de secundário,... aqueles casos que é de acompanhamento quase que crônico, que vai vir sempre, que não é caso pra você estar mandando pra CAPS, porque a pessoa está bem estabilizada,..., então eu vejo atenção primária, não nesse sentido de que primário é só prevenção e promoção,... justamente porque está mais próximo da comunidade...”.

(E12) “... independente do nível primário, secundário ou terciário, você pega demanda primária, secundária e terciária; você que tem que estar preparada pra essa demanda independente de onde você está atuando...”.

(E16) *“O problema, acho de dividir assim a atenção em níveis é quando os pacientes ficam num jogo de empurra de um nível para o outro, e ninguém se responsabilizando por uma determinada problemática”.*

Até a década de 1960, eram realizadas nos *centros de saúde*, principalmente, ações de prevenção relacionadas à imunização, puericultura e cuidados de doenças específicas como hanseníase e tuberculose. Foi a partir dos anos de 1970 que iniciou a integração entre ações sanitárias e de consulta médica individual e a UBS passou a ser pensada como um espaço também para tratamento e reabilitação à saúde a grupos populacionais específicos. Na organização de sua estrutura institucional não se considerou as diferentes categorias profissionais que dela fariam parte e o foco sempre foi o modelo médico de atuação para qualquer que fosse a área. Portanto, a expectativa de alguns psicólogos em realizar somente ações de prevenção e promoção não condiz com a realidade de uma UBS, cujo objetivo é integrar ações clínico-sanitárias em um único local.

(E1) *“... a gente sempre teve muita dificuldade de área física... você tem que inventar, vai trabalhar dentro da sala do ginecologista, então eu acho que o psicólogo em UBS ainda não está totalmente incorporado, ainda é um departamento médico, onde o principal é o médico, pra esse tem sempre um lugar físico,... os universitários não-médicos, aí é um povo super de boa vontade, eles sempre dão um jeito... e, trabalha, e sempre faz alguma coisa, e funciona e se organiza...”.*

O que se observa é uma dicotomia entre o atendimento clínico e o trabalho de prevenção e promoção influenciada, inclusive, por diferentes maneiras das gestões governamentais pensarem a questão da saúde mental. Ora é exigida uma atuação mais tradicional do psicólogo, ora uma atuação mais sanitária.

(E1) *“... tem muita intervenção política, conforme a política, se faz mais uma coisa ou faz mais outra,..., prevenção eu acho que caiu bastante, prevenção e saúde mental, a gente já teve trabalhos bem interessantes de juntar pessoas que não têm patologia nenhuma, grupos de sala de espera e começar a falar sobre dificuldades e problemas...”.*

(E7) “... quando chegou a Erundina, eles não fizeram muita coisa escrita, mas o pouco que tinha escrita, eu vi que tinha uma diferença, que fala um pouco também do que o psicólogo faz ou pode fazer aqui e nessa concepção da Erundina, não eram favorável que, por exemplo, o psicólogo tivesse uma participação intensiva num grupo educativo, a participação dele seria pontual, acho que ele estava mais voltado a fazer a parte que só você faz, só você que pode fazer um diagnóstico, lidar com as questões afetivas ou fazer um grupo de psicoterapia, uma orientação,... isso é o que eu deduzi [...] na minha concepção de psicólogo na Unidade Básica, não é bem pra você ficar fazendo a tal discussão, fazer consultório, mas quando andou se discutindo quem faz o que aqui é engraçado que não sobra pra ninguém atender caso individual... Eu faço aqui coisa que não devo fazer, tem gente que eu estou atendendo faz muito tempo, mudou, melhorou, é até interessante,... eu evito atender mais individualmente, proponho grupo, mas algumas pessoas às vezes precisam...”.

5.3 O leque de ações da atuação profissional em UBS

Quando questionadas sobre o que um psicólogo faz em UBS, a maioria das entrevistadas disse que ele é um profissional “bombril”³⁵, que faz “um pouco de tudo”, que “faz muitas coisas”; “multifacetado”, cujo papel é o de “generalista” ou “triador”.

(E6) “... o psicólogo eu acho que tem esse papel de triador num primeiro momento,... o que eu me vejo é fazendo esse papel de primeiro fazer um acolhimento, uma triagem e depois propor estratégias pra esse paciente, atendimento individual, de grupo”.

(E7) “... faz muitas coisas ou pode fazer muitas coisas... eu acho que a gente é generalista, quem não é generalista, às vezes, se atrapalha um pouco...”.

(E12) “... é um bombril, você não pode ser especialista em criança, adolescente, ou adulto, ou não se pode ser especialista em TOC, você tem que ser especialista em tudo e se não tiver da sua alçada, vai estudar porque você não vai ter pra onde encaminhar ...”.

³⁵ A entrevistada aqui faz referência a uma marca de esponja de limpeza – a Bombril, cuja propaganda era exatamente a de ser ‘mil e uma utilidades’.

(E16) *“O trabalho do psicólogo na UBS é multifacetado [...] Assim, o trabalho do psicólogo neste espaço implica um entendimento da saúde como um processo sempre vinculado a um pensar em políticas de saúde na localidade trabalhando com os recursos possíveis, o que também não é algo fácil de se fazer”.*

Em termos ideais, o trabalho do psicólogo “deveria ser pensado mais para fora”, no território, em conjunto com outras instituições e visando a prevenção e a promoção da saúde, o que corresponde ao que, inicialmente, foi proposto para a atuação deste profissional em UBS.

(E14) *“Eu creio que o psicólogo faz acolhimento, avaliação, o psicodiagnóstico, os encaminhamentos necessários, a psicoterapia e as orientações pertinentes, familiares etc., isso se eu for me ater ao conceito básico de psicoterapia, porque se eu for estender para aquilo que eu acho que deveria ser feito [...] eu traria grupos pra conversar aqui, do trabalho da psicologia, ou eu iria na instituição fazer uma reunião pra conversar sobre violência, sobre o que é o trabalho de psicologia...”.*

(E15) *“... o que deveria ser um trabalho de psicólogo na UBS, deveria ser com vista na promoção da saúde e prevenção, deveria se trabalhar no nível primário e secundário, mas o que é, na realidade, é o nível terciário, você só trabalha no aspecto corretivo mesmo quando a doença já instalou e aí você fica fazendo atendimento clínico...”.*

(E16) *Pensa que as UBS deveriam trabalhar para conhecer o seu território e que o psicólogo deveria ser pensado mais para fora do que para dentro da Unidade. O que realmente falta é investimento no profissional através de mais treinamentos. Porém, existe uma distância entre o ideal e o possível e o que tem sido possível é somente trabalhar mais internamente as demandas que chegam, organizando-as em diferentes grupos, pois até o momento inexistia o apoio administrativo para realização de um trabalho melhor elaborado e em ressonância com a realidade local.*

Para um profissional que “faz um pouco de tudo” dentro de um espaço caracterizado por ações clínicas e sanitárias, também é preciso diversificar e inovar estratégias de intervenção. Como já previsto, os dados dessa pesquisa relacionados às atividades desenvolvidas por psicólogos em UBS não se diferenciam de outros estudos realizados em várias cidades brasileiras no que diz respeito à diversidade de ações (Silva, 1988; Jackson e Cavalari, 1991; Dimenstein, 1998; Oliveira, 2005;

Spink, 2006), a qual não necessariamente reflete falta de definição das funções do psicólogo na atenção básica à saúde como colocou Silva (1988), mas traduz o que é o trabalho em UBS, que exige constante busca por novos saberes e práticas, os quais nem sempre são específicos de cada área ou representam um fórmula já pronta de ações.

A maioria das atividades desenvolvidas é tradicional (psicoterapia individual e em grupo; avaliação psicológica e orientação), mas não se pode dizer que é uma transferência do que era realizado pela psicologia clínica liberal. Aqui, atendem-se crianças, adolescentes, adultos, idosos, mulheres, pais, famílias, casais, que trazem questões as mais diversas como problemas de comportamento e de aprendizagem (o que não envolve só a criança, mas a família e a escola); questões sobre sexualidade, sobre DST/aids; jovens em Liberdade Assistida; casos de violências (física, sexual, psicológica; estrutural); casos encaminhados por Conselho Tutelar e Judiciário; depressão, tentativas de suicídio dentre muitas outras.

Conforme colocado por Schraiber (1993) há uma aparente continuidade da prática liberal através da permanência da “consulta”, mas as mudanças no modo de compor o processo de trabalho (diversificação de instrumentos materiais; novos espaços de atuação; mudanças na maneira do usuário integrar esse processo, dentre outros) se distinguem do modelo anterior da prática clínica liberal. Por mais que o psicólogo tenha, principalmente, a si próprio como instrumento de trabalho, ou o seu saber, o que poderia fazer com que ele permanecesse tendo o controle sobre a produção de seu serviço mesmo institucionalmente, sua maneira de atuar muda, seja porque a demanda aumenta e se diversifica e ele precisa criar novas estratégias de atendimento, inclusive estabelecendo contatos com outros profissionais e instituições (CAPS, ONGs, escolas, abrigos, igrejas, dentre outras); seja porque o contato não é mais com o paciente isolado em um consultório, mas com uma área de abrangência onde, muitas vezes, ele se torna a única referência em saúde mental; seja porque o modelo médico não se faz presente apenas na forma de assistência, mas no próprio espaço físico, onde sempre há sala para o médico e os profissionais não-médicos precisam encontrar outros lugares de atendimento; seja pela própria mudança das políticas públicas de saúde municipal, que ao serem decididas, pensadas e

configuradas de forma não participativa, afetam (abrangendo ou limitando) o trabalho desenvolvido nas unidades de saúde locais.

(E10) “... eu participo de uma equipe multiprofissional,... eu recebo pacientes de várias faixas etárias, desde criancinhas bem pequenas até idosos, que são encaminhados ou pelos colegas da própria UBS,... os médicos do PSF da UBS vizinha,..., encaminhamentos do CAPS... as escolas encaminham e algumas procuras espontâneas, então a gente recebe essas pessoas, faz uma avaliação psicológica, vê quais são os casos que a gente pode dar continuidade, que precisam de tratamento, que a gente pode atender aqui na UBS e quais são os casos que a gente tem que encaminhar pra fora, a gente discute esses casos em reunião de equipe, organiza grupos terapêuticos, alguns casos são atendidos individualmente...”.

(E17) “... Eu vou modificando algumas coisas conforme a realidade, começou a surgir uma demanda muito grande pra casos graves... eu acredito que por conta de não ter psiquiatria na rede,... alguns da pra colocar em grupo, mas tem muita tentativa de suicídio,..., então, não dá pra atender em grupo e aí espreme os horários, então, eu criei uma forma, não é uma terapia breve, porque eu não tenho formação em psicoterapia breve,... é uma terapia mais focal,... eu marco três meses pra pessoa, se eu vejo que não foi suficiente, na maioria dos casos não tem sido, aí eu refaço o contrato por mais três meses, tem um caso que está a um ano e eu já vi que vai se perpetuar...”.

Ao mesmo tempo, outras ações passaram a ser exercidas com mais frequência pelo psicólogo como acolhimento, reuniões em equipe dentro e fora da UBS; atendimentos em grupo com outros profissionais, e um contato mais estreito com a comunidade através do PSF, o qual tem trazido novos pontos de tensão à postura clínica tradicional. Os resultados parciais do estudo CFP/CREPOP (2008) também apontaram um aumento dos espaços de troca, apesar de ainda serem poucos se comparados com atividades tradicionais. Reuniões com outros profissionais, com a gerência, discussões de casos com a equipe de saúde e com a rede de saúde mental, articulação com movimentos sociais de saúde e com a rede social de apoio aos usuários, encaminhamentos para serviços especializados, sessões de arteterapia, e o que aqui foi chamado como parte do serviço técnico-administrativo (elaboração de laudos e pareceres, de material educativo/informativo e de plano individual de cuidados) foram citados como atuações em atenção básica à saúde. O “suporte e

aconselhamento de equipe à saúde da família” já representava 38,3% ações e já havia trabalhos de Terapia Comunitária sendo desenvolvidas.

(E3) “... antes era um trabalho bem ambulatorial, a pessoa chegava, você olhava a doença..., não tinha esse envolvimento com a vida da pessoa; no PSF não, você se envolve totalmente, porque você vai na casa, você vê as condições que aquela pessoa mora, você faz grupo no bairro, você vê que aquele bairro não tem nada, então, que aquela criança não é doente, mas que realmente ela não está tendo espaço pra se desenvolver bem; aquela mulher passa quinze vezes numa consulta médica, porque ela mora numa casa com dez pessoas, ela não tem um espaço pra ficar, fica na rua, ... eu não tinha noção dessas coisas, que o cachorro do vizinho grita o dia inteiro e que ela está vindo aqui pedir calmante,... eu sinto que eu tenho uma proximidade muito maior com eles hoje, eu ando na rua, as pessoas me beijam,... você começa a virar uma conhecida do bairro,... sai daquela postura clínica de ‘ai, não cumprimento ninguém no corredor, só chamo o paciente na minha sala’,... perde essa formalidade, ... a gente não sabe muito como lidar com isso, porque é novidade,... então a gente está aprendendo, fazendo...”. [trabalho no PSF]

Em relação ao acolhimento, não há critérios para sua realização e cada equipe de saúde mental (quando há equipe) o organiza diferentemente. A maioria das entrevistadas o utiliza como sinônimo de triagem, sendo realizado para ações de saúde mental.

(E1) “... acolhimento, o objetivo é verificar qual é a demanda e determinar se vai ser atendido aqui, se é melhor um recurso da comunidade, se é caso de CAPS, se é caso de pronto-socorro [...] dependendo do caso a gente vê que é psicoterapia mais grupo de projetos ou grupo de relaxamento, ou então é uma orientação com a gente e relaxamento e psiquiatra mais psicólogo... ou então até problemáticas de saúde porque a gente faz uma avaliação integral da pessoa, não faz uma avaliação só na área mental...”.

(E7) “... essa idéia de acolhimento veio na Prefeitura faz uns anos,... eu acho que é uma idéia interessante [...] pode chamar também de um plantão... no momento o que é? Qualquer demanda referente à saúde mental, seja pra psiquiatra, psicólogo, encaminhado ou não, pode ser espontâneo, passa com a gente nesses horários, inclusive marcação ou remarcação de consulta da psiquiatra,... a gente ouve e a gente vai ver também se tem outra coisa a oferecer...”.

Mesmo que a demanda por atendimento dificulte a saída do profissional para realizar ações educativas e de promoção à saúde mental fora do serviço, são realizadas atividades externas ligadas não apenas ao atendimento a grupos, mas também a ações voltadas à tentativa de obter suporte profissional (supervisões), de promover intervenções conjuntas (reuniões em escolas com professores e diretores; grupos de trabalho interinstitucional) e de exercer um papel mais ativo nas decisões sobre saúde (participação em Fóruns de Saúde Mental, nas Redes de Paz e no Conselho Gestor), apesar da participação neste último ainda ser incipiente. A visita domiciliar (VD) é realizada eventualmente, mas não se pode falar que está em “vias de extinção” conforme colocado por Yamamoto et. al. (2005, p. 277). Inclusive, com a atual introdução dos NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), pode ser que ocorra um aumento de VD realizadas por psicólogos, considerando a articulação das equipes de NASF com as de PSF e, principalmente, com os agentes comunitários de saúde, os quais deverão estar cada vez mais aptos a identificarem casos a serem discutidos com profissionais da saúde mental.

(E1) *“A gente tem um trabalho de apoio em saúde mental para as equipes de PSF [...] É o matriciamento... a gente conversa com a equipe, eles trazem os casos de saúde mental, a gente discute, dá orientações, vê o que pode fazer, o que os próprios agentes podem fazer, sempre procurando instrumentalizar o agente, pra ele mesmo procurar recursos da comunidade...”*.

(E2) *“... não é rotina, eventualmente tem [...] eu já fiz um caso de uma pessoa que estava surtando,..., uma criança que não ia pra escola e não estava querendo sair de casa... doentes acamados... de pessoas que já passaram aqui, de repente, tiveram um derrame, então esse ano eu fiz duas visitas nesse sentido..., uma senhora, até ela solicitou, falou assim ‘ah, queria chamar a psicóloga’... fui para conhecer um caso que teve de um aluno numa escola que se envolveu em furto...”*. [VD]

(E4) *“... não tenho tido como prática nenhuma atividade fora da Unidade, a gente fica muito sobrecarregada aqui; reunião na escola, reuniões no ambulatório, a gente tem fórum de saúde mental que é do Estado e uma reunião sobre violência, mais são essas as atividades”*.

(E8) *“... a gente fez grupo de senhoras, fazíamos atividades externas, íamos pra museus, parques públicos,... nós fomos visitar a Pinacoteca... nós fomos também ao Mercado Municipal...”*.

Apesar de não haver um consenso do que seriam práticas inovadoras da psicologia em UBS, as entrevistadas trouxeram uma série de ações, idéias e posturas realizadas ou não por elas, que consideram como sendo novas tendências para o psicólogo na atenção básica à saúde. O matriciamento é uma delas além de ações em grupo (terapêutico ou educativo) realizado com outros profissionais ou junto à comunidade; de novas formas de lidar com o usuário, e da participação no Conselho Gestor.

(E2) “... a inovação que eu penso mais em resolutividade e não em cura... o psicólogo estar participando no Conselho Gestor,... você poder fazer esse diálogo com a escola... você fazer um trabalho mais contínuo com eles e vendo respostas, mudanças nessas intervenções é um trabalho inovador”.

(E3) “A mais inovadora é você estar participando do PSF, fazendo visita domiciliar, fazendo grupo no local onde a pessoa mora, e participar dessas discussões de equipe que a gente não participava...”.

(E5) “... eu acho que vem vindo uma evolução oficial; antes se falava de trabalho de indivíduos, que você trabalhasse o mundo interno daquele,... de um tempo se fala na família como paciente, e agora se fala de comunidade como paciente;... é o foco do que se considera paciente que muda,... eu acho os recursos de psicodrama muito interessante, a visão sistêmica que amplia o olhar,... amplia e traz alguns recursos novos, talvez, de trabalho [...] eu tenho pouca vivência de Terapia Comunitária, mas, você se coloca numa posição mais de igual pra igual,... é um foco de valorizar um pouco mais as características e o conhecimento dos outros, da comunidade...”.

(E7) “... o que eu entendo, quando a gente fala práticas inovadoras, é tudo que não é exatamente estar atendendo clinicamente, estar atendendo uma pessoa ou um grupo de terapia...”.

(E11) “... a questão do matriciamento,... é uma prática inovadora no sentido do psicólogo que não fica parado dentro do seu lugar (risos), quietinho, sentado, esperando chegar, é um psicólogo que vai atrás,... é uma oportunidade do psicólogo também de desmistificar o que é a saúde mental...”.

Junto à Terapia Comunitária, práticas como meditação, tai-chi-chuan, relaxamento e introdução de temáticas ligadas à espiritualidade/religiosidade no

atendimento também foram colocadas como ações que já vêm sendo desenvolvidas apesar de ainda serem vistas com restrições por algumas psicólogas. Algumas destas ações podem inclusive gerar conflitos entre o que o profissional considera correto e sua conduta ética como é o caso, por exemplo, da proibição pelos Conselhos de Psicologia do uso de florais em nome da psicologia.

(E2) *“... em termos de inovador, eu acho que essa questão espiritual e religiosa, de um tempinho pra cá eu acabo introduzindo na psicoterapia e antes eu não trazia isso como um fator da questão da integralidade...”*.

(E4) *“Eu acho que os psicólogos são muito criativos, às vezes, isso é até perigoso... as experiências maiores a nível primário, com grupos mais abertos, eu tenho alguma restrição porque, na maioria das vezes, eu não vi isso muito bem cuidado, não vi isso muito bem planejado... sala de espera eu acho que é uma coisa importante, gostaria até de entender como é que as pessoas fazem, acho inovador, mas acho que se não for bem planejado é uma caca, vira passatempo para o profissional dizer que está atendendo um monte de gente, que eu vejo que o paciente odeia...”*.

(E12) *“... a Terapia Comunitária eu acho interessante até no sentido da forma de abordar os problemas na periferia,... com muito cuidado pra não se cair também num outro extremo, eu tenho muito cuidado, muito medo de modismos, porque entra uma moda e nada mais tem o seu valor, tudo tem o seu valor...”*.

(E14) *“Acho que a meditação, essas terapias alternativas, o tai chi,... isso não é da psicologia, mas quem se formou nisso faz, e a meditação..., os florais, tudo que o CRP não reconhece,... mas eu não vou entrar nessa discussão, eles têm a discussão deles e tem muito psicólogo que faz, só não se coloca como psicólogo,... agora, as práticas alternativas, em geral, eu acho muito positivas,... então essas práticas, relaxamento, imaginação ativa, meditação...”*.

(E15) *“... é prática inovadora, meditação, oficina de memória...; medicina tradicional chinesa, acho que é uma prática inovadora... nós tínhamos lá [outra UBS], centro de práticas naturais, nós fazíamos um projeto terapêutico pra cada paciente e elas faziam tai-chi no centro de práticas naturais,... elas melhoravam muito rápido, porque o tai-chi trabalha com respiração, a maneira correta de respirar ajudava com que elas conseguissem controlar as crises de pânico, as crises de ansiedade e diminuía o medicamento...”*.

Além destas atividades, o psicólogo ainda pode servir de mediador em tensões e conflitos com funcionários e destes com usuários dentro da UBS.

(E4) “... às vezes, você pode esclarecer ou facilitar uma tensão que se gere entre um profissional e um usuário... às vezes, profissionais pedem a nossa participação... eles se atrapalham com o choro do paciente... mas a gente é mais acolhedor por formação do que qualquer outro profissional dentro da UBS,... acho que isso a gente tem que colocar à serviço da UBS [...] eu acho que o psicólogo é visto ‘olha, você fica lá na sua sala, recebe o seu paciente lá e dá conta lá, aqui,... corredor ou fora, você não tem nada pra fazer’ e, às vezes, tem sim, a gente tem muito barulho, a gente tem criança correndo pra cima e pra baixo e criança tem que correr, eles moram em casebres que não tem espaço, aí você vê funcionário falando bravo com as crianças, você vê as crianças abusando, você vai fazer o quê? Vai ficar quieta? Eu tento conversar com as crianças, eu falo pro funcionário... às vezes, você pede pra mãe ‘mãe, dá uma olhada na sua criança’, ... às vezes, quer conversar com a chefia ‘olha, está muito barulho, porque está agendando muita gente no mesmo horário, vamos escalar o agendamento?’, são coisas que é só você achar que você tem a ver com aquilo, que você pode colaborar...”.

Contudo, ao mesmo tempo em que o psicólogo pode fazer das tensões institucionais uma de suas práticas, por ser um agente institucional, seu trabalho também está em constante conflito com uma série de determinantes institucionais e transversais, como conceitua Lourau (1993), com os quais é necessário lidar no cotidiano da prática, como restrições das políticas públicas, prioridades dadas pelas gestões municipais, e com questões relacionadas à prática clínica tradicional que precisaram ser repensadas, como é o caso do tempo e forma de atendimento e do conteúdo a ser preenchimento no prontuário a fim de garantir o sigilo das informações. Estes últimos itens geram tensão entre o que é colocado pelas políticas de saúde e o que é exigido ao profissional pelo seu Conselho fiscalizador. Também existem disputas entre as categorias por uma delimitação entre saberes, um limite que não se faz como abertura ao coletivo, mas como rigidez ao que é privativo de cada área. Aqui, os espaços de troca não seriam para construir algo em conjunto, mas para esclarecer o que é de cada categoria profissional especificamente.

(E2) “... têm esses espaços, poucos ou nenhuma, aqui é zero, espaço de troca, então, eles não entendem qual o papel do psicólogo... mostrar como que você trabalha, o emocional, o psicológico... diminuir a prepotência até dos outros profissionais de achar que podem tomar o lugar do psicólogo...”.

(E7) “... as questões mais educativas, ou de saúde [...] eu vi um livro que se propõe a tratar de questões da violência na escola... isso é uma coisa que eu acredito que é possível, não deve ser fácil,... tem coisas que é um nível central, que alguém tem que

propor pra alguém, tem que oferecer um programa, um projeto, coisas que pra maioria das coisas não funcionam...”.

(E15) *“... a orientação da Secretaria da Saúde era que a gente atendesse de meia em meia hora,... o CRP não permite e aí está parado, então, enquanto isso a gente continua fazendo as sessões de cinquenta [...] mas a gente tem uma certa autonomia,... eu não vou colocar em grupo só porque tem uma orientação que é pra atender em grupo, mas isso já é o maior ponto gerador de tensão, porque a orientação que é dada é que você tem que ter porta aberta,... e você tem que acolher essa demanda, não interessa quantos profissionais tem, tem que dar conta...”*.

(E17) *“... tudo que você vai implantar e que você quer fazer legal tem que ser com a equipe e a gente não tem... tem inovações, mas, as que partem da demanda até dos profissionais e da população, muitas vezes, não são incentivadas, não são facilitadas, sempre pesa mais a questão política e aí tudo emperra, porque depois de quatro anos já não é mais aquilo, é complicado [...] eu acho que nas unidades a gente acaba, muitas vezes, repetindo o modelo de consultório, porque a gente acaba tendo que atender uma demanda imensa, que já está aí e a gente tem que tentar fazer alguma coisa, então, quando é uma coisa diferente, que atinge um número maior de pessoas, eu vejo como inovador...”*.

O registro em prontuário é uma questão à parte pela dificuldade em estabelecer critérios do conteúdo a ser escrito. Segundo Franco e Mota (2003), o prontuário é um instrumento que protege profissionais e usuários. No entanto, não há uma definição sobre o que e como registrar, ficando sob responsabilidade do profissional o que é pertinente ou não compartilhar com outros membros da equipe.

Em 2009, a Resolução CFP 001, que *dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação dos serviços psicológicos* apresentou em seu artigo 2º as informações que devem constar nos registros: identificação do usuário/instituição; avaliação de demanda e definição dos objetivos do trabalho; registro da evolução dos atendimentos, de modo a permitir o conhecimento do caso e seu acompanhamento, bem como os procedimentos técnico-científicos adotados; registro de encaminhamento ou encerramento, cópia de outros documentos produzidos pelo psicólogo para o usuário/instituição do serviço de psicologia prestado, que deverá ser arquivada, além do registro da data de emissão, finalidade e destinatário. Além disso, documentos resultantes da aplicação de testes, desenhos e relatos devem ser de acesso exclusivo do psicólogo. Quando o atendimento for

multiprofissional, o registro deve ser feito em prontuário único com o cuidado de informar apenas o que será relevante aos objetivos do trabalho (CFP, 2009).

Os resultados estudo do CFP/CREPOP (2008) apontaram que o registro em prontuário único do serviço é o mais usado, seguido do uso de dois instrumentos ao mesmo tempo: o prontuário único e outro específico da psicologia.

Nessa dissertação, cada entrevistada tem uma forma de registro diferente, o que também vai depender do tipo de trabalho realizado. Por exemplo, com a inserção no PSF e a proximidade de ações junto à equipe multiprofissional, novas questões são levantadas e o uso do prontuário único também passa a ser mais freqüente.

(E3) *“Na Prefeitura, a gente tinha um arquivo dentro da sala, esse registro não ia para o prontuário do paciente, era um registro da Psicologia [...] quando começou esse negócio de PSF,... que a gente teve que começar a escrever em prontuário, foi muito complicado [...] Hoje é um prontuário geral, então eu escrevo o mínimo necessário pra compreensão daquele caso,... aos pouquinhos você vai aprendendo a escrever o essencial, alguma coisa que o médico possa, que ele faz a medicação,..., eles falam uma coisa pro médico e falam outra pra mim...”*.

(E7) *“... eu até tinha esse arquivo que a gente escrevia alguma coisa do prontuário e punha ali; atualmente, a minha experiência de tantos anos é, olha, nem quem eu queria que lesse o prontuário, não lê [outros profissionais],... então eu deixo tudo,..., algumas coisas assim, um segredo,... eu ponho uma dica pra mim,... então, eu sou um pouco cuidadosa; a psiquiatra se queixa que eu escrevo muito, porque eu escrevo também pra mim [...] tudo que eu tenho está ali no prontuário, eu não faço paralelo, a (nome de duas colegas psicólogas) fazem, coisa que, pessoalmente, já me trouxe alguma dificuldade, porque eu vou lá no prontuário e não está,... e tem gente que volta depois de não sei quantos anos e eu acho bom eu saber que eu fiz ou quem fez, ..., nunca aconteceu de dizer, foram fuxicar, foram fofocar de tal caso...”*.

(E8) *“... cada uma de nós faz de um modo,...; eu tenho as minhas anotações que eu guardo num fichário meu, um por pessoa [...] e anoto à vontade, do meu jeito e, no prontuário, eu ponho um resuminho, sem detalhes, até pra preservar a pessoa,... e procuro sempre escrever, porque é importante também para o médico que está acompanhando saber se a pessoa está vindo, se não está vindo...”*.

O protocolo de produtividade é outra forma de registro institucional que, apesar de ser visto como burocrático, é o meio que se tem para atestar produtividade, planejar e avaliar o alcance de metas, inclusive, para definir o repasse financeiro. Questões relacionadas, por exemplo, ao subregistro geram problemas não somente ao grupo de profissionais em questão, o qual será cobrado, mas à unidade de saúde, que precisará prestar contas dos procedimentos realizados.

Porém, Yamamoto et. al. (2005) aponta falhas neste tipo de sistema. Primeiramente, não há parâmetros que diferencie a atividade de consulta por nível de complexidade. Sabe-se que, independente do nível, os profissionais atendem usuários com demandas variadas e não uniformes. Na hora do preenchimento dos dados, eles acabam por não encontrar itens que condizem ao que realizaram de fato. Na atenção básica, por exemplo, psicoterapia, triagem, aconselhamento psicológico e acolhimento são agrupados como “consulta/atendimento” por não haver uma definição específica para estas ações. Segundo, o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) não tem definido a natureza dos procedimentos e como direcionar o modelo de atuação de cada categoria profissional; o que ele supõe são diferenças de procedimentos para cada nível de assistência. No caso da Psicologia, essas diferenças, como pôde ser observado pelo estudo de Spink (1996)³⁶, são difíceis de serem definidas ou não existem, o que torna o registro de atividades ainda mais complicado. A fala de algumas entrevistadas expressa essa questão.

(E1) “... o Planejamento previa que você ficasse fazendo o levantamento de recursos da comunidade, mas a tabela de produção não previa... a gente chamava o paciente pra atender pra dizer que a gente estava fazendo alguma coisa, porque as outras coisas não tinham nem onde colocar [...] até hoje não tem...”.

³⁶ O estudo de Spink (2006) analisou a atuação do psicólogo no serviço público de saúde como um todo e observou não haver diferença nas atividades realizadas independente do serviço em que o psicólogo estava inserido, apesar de a maior parte dos entrevistados trabalhar em Centro de Saúde/UBS (33%), seguido de ambulatório especializado (13%). Os atendimentos individuais (42%), acompanhamentos/acolhimentos (13,4%) e atendimentos em grupo (10,4%) são as atividades mais realizadas, seguidas de visitas, coordenação administrativa, aconselhamentos, avaliação psicológica, oficinas, ensino/estudos/pesquisas, supervisão e orientações (profissionais e estágios), Programas (participação), Educação, equipes multiprofissionais, ludoterapia, reabilitação, vigilância epidemiológica, representação na sociedade civil, atividades técnicas, assessorias e outras atividades profissionais.

(E15) “... no protocolo nosso de produtividade não tem a categoria casal, daí é pra contar como individual; na verdade, ninguém sabe como que é pra contar, mas uma lá pôs individual, eu coloquei (mostra o protocolo) [...] mudou o protocolo agora de mapa da produção,... não existe atividade administrativa que é uma coisa que a gente faz muito, preparação de material, planejamento...”.

Os dados referentes às atividades realizadas pelos psicólogos em UBS revelam que a atuação deste profissional tem passado por uma série de transformações ao longo dos anos, que se constituem em desafios ao profissional liberal acostumado com teorias e práticas prontas e que o colocavam numa posição de poder frente a seu cliente. Por mais que ainda seja possível identificar muitas ações referentes à prática clínica tradicional, não se pode dizer que esta foi transferida sem qualquer alteração ao espaço público. Enquanto o estudo de Jackson e Cavaleri (1991) apresentava recursos técnicos e instrumentais ainda muito ligados ao atendimento de consultório (entrevista individual, psicoterapia individual, testes, psicoterapia breve e observação lúdica individual, psicoterapia grupal, observação, dinâmica de grupo, grupos operativos, observação lúdica grupal, entrevista grupal, psicoterapia familiar e diagnóstico familiar), no estudo do CFP/CREPOP (2008), os testes psicológicos são “ocasionalmente” ou “raramente” usados, e o que parece inovador é o uso de instrumentos, tais como, materiais artísticos, equipamentos tecnológicos e recursos audiovisuais (filmes, CDs, fotografias), os quais são “freqüentemente” ou “ocasionalmente” usados. O mesmo ocorre com atividades de escrita e leitura, que unida ao pouco uso de instrumento lúdico, leva a pensar que a demanda escolar que tem chegado à UBS se relaciona mais a problemas ligados a falhas no sistema educacional do que, propriamente, por uma questão emocional, e que o psicólogo estaria tentando realizar uma atividade que deveria ser, primeiramente, de responsabilidade da escola. A tendência é ser “generalista”, experimentando teorias e práticas e diluindo especificidades.

Abaixo, seguem três quadros com as atividades gerais, as práticas inovadoras e as atividades externas citadas pelas entrevistadas.

Quadro 4 – Atividades gerais realizadas pelas participantes em UBS

1. Psicoterapia individual (criança, adolescente, adulto e idosos)
2. Psicoterapia em grupo (criança, adulto, adolescente, idoso, pais e mães)
3. Psicoterapia de família e casal
4. Orientação (pais, estagiários, gestantes, mães, familiar)
5. Avaliação psicológica (escola, Judiciário)
6. Sala de espera
7. Triagem (individual e em grupo)
8. Acolhimento
9. Entrevista
10. Grupos educativos (gestante, amamentação, de escuta, verbal, apoio à depressão, planejamento familiar, jovens)
11. Grupo multiprofissional (enfermeiro, médico, assistente social, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra, dentista, ginecologista, pediatra)
12. Auxiliar de chefia
13. Treinamento de pessoal
14. Reuniões (geral e técnica)
15. Atividades corporais
16. atendimentos individuais e grupais não psicoterapêuticos
17. Atendimento a casos de violência.

Quadro 5 – Atividades externas ligadas à UBS

1. Matriciamento (discussão de casos em outra UBS e VD esporadicamente)
2. Atuação em abrigos e escolas
3. Reuniões (escolas, ambulatorios, Rede de Paz, Fórum de Saúde Mental)
4. Supervisão
5. Grupo de Meditação
6. Conselho Gestor
7. Grupo de Trabalho interinstitucional
8. Atividades comunitárias (em igrejas, escolas, treinamento ao Conselho Tutelar)
9. Grupo de senhoras (visitas a museus, Pinacoteca e mercado municipal)

Quadro 6 – Práticas consideradas inovadoras em UBS

1. Flexibilidade no atendimento
2. Pensar a resolutividade ao invés da cura
3. Introdução da temática “espiritualidade/religiosidade no atendimento
4. Diálogo e intervenções na escola (trabalho em conjunto)
5. Participação no Conselho Gestor
6. Atuação junto ao PSF/matriciamento
7. Sala de espera
8. Mudança de foco sobre o paciente (do individual à família e agora à comunidade)
9. Brinquedoteca em UBS
10. Atuação com outras especialidades
11. Grupo multiprofissional
12. Grupos na comunidade
13. Terapia comunitária
14. Meditação
15. Tai-chi-chuan
16. Relaxamento
17. Filosofia Oriental
18. Imaginação ativa (técnica Junguiana)
19. Oficina de memória (com idosos)
20. Trabalho com temática da violência/ Redes de Paz

5.4 *Especificidade do psicólogo na atenção básica à saúde*

Apesar de muitas entrevistadas acharem que o trabalho do psicólogo em UBS deva ser pensado como uma atuação também externa ao serviço, através de ações de prevenção e promoção à saúde diretamente na comunidade, quando perguntadas sobre qual sua especificidade neste espaço a maioria citou a psicoterapia, seguida de grupos (de psicoterapia, ludoterapia e orientação); das orientações específicas; do psicodiagnóstico, do acolhimento/triagem e da avaliação psicológica; dos testes e atendimentos diversos (às patologias, a crianças, pais e família), que são as mesmas atividades realizadas dentro da unidade de saúde e que remetem à atuação clínica tradicional.

(E1) “... em UBS... eu acho que é atender os casos de saúde mental e é fazer a triagem dessas pessoas... depois é você fazer a psicoterapia... a avaliação, em todas as faixas etárias, é você cuidar dos aspectos emocionais das várias patologias, de diabetes, hipertensão,... com gestantes,..., com as crianças, é muito importante o trabalho com os pais... com famílias,... orientar o professor das crianças que são atendidas aqui...”.

(E4) “Eu acho que o que é específico da área da Psicologia, a psicoterapia, um diagnóstico de uma situação, orientações específicas pra mães... eu não tenho testagem aqui, mas, talvez, seria...”.

Outra questão está no lidar com a dimensão subjetiva dos casos que chegam à UBS. Este dado é importante, porque o limite entre o psicólogo e outros profissionais é colocado em dois sentidos diferentes: o que aproxima a intervenção do psicólogo da proposta de atenção integral, mais próxima, pois, das propostas de intervenção nas ações da saúde coletiva, e o que o separa, dentro de uma especificidade técnica que cinde o seu cuidado da esfera subjetiva dos casos do restante das intervenções. Na primeira situação, este profissional deve estar preparado para identificar aspectos emocionais que se articulam e influenciam no agravamento à saúde física e vice-versa. O foco é o quadro clínico, mas há uma tentativa de integrar mente e corpo e de promover um diálogo entre as áreas da medicina e da psicologia. Na segunda situação, a função do psicólogo seria lidar com o emocional dos pacientes, sem se relacionar com outras dimensões das necessidades e demandas deste, por exemplo, lidando com a angústia e a tristeza das pessoas e atendendo os usuários no momento em que um comportamento mais exagerado ou uma expressão exacerbada das emoções se tornassem empecilho às intervenções de outros profissionais. Neste sentido, ao invés de contribuir para que a atenção integral (por meio do “fator humano” das emoções) fosse incorporada às ações de todos os funcionários da UBS, o psicólogo estaria concentrando esta dimensão como sua especificidade, o que se torna controverso diante do discurso atual de integração das ações, de coresponsabilização e construção de vínculos entre todos os profissionais de saúde e usuários, proposto pelo PSF, pelo NASF e pela Política de Humanização do SUS. Essa segunda atuação que identificam as entrevistadas como parte de seu escopo profissional constitui assim um obstáculo à primeira atuação, pois é nesta última que

os psicólogos, mesmo guardando a especificidade de sua particular intervenção (como a responsabilidade maior de atuar sobre o emocional), poderiam fazê-lo de modo a compor com as demais intervenções dos outros profissionais, em ações de atuação em equipe e não isoladas. Ao mesmo tempo, com isso também estariam os psicólogos colaborando para que os demais profissionais da equipe se inteirassem da melhor forma de relação interativa com os usuários, posto o reconhecimento das necessidades emocionais de cada qual. Nesse sentido, observa-se a preocupação mais constante para com a distinção e a delimitação do que lhe seria próprio em termos da competência da ação profissional, ao invés de preocupações interativas ou integradoras com a ação dos outros profissionais.

(E3) “... o específico do psicólogo é lidar com a angústia e com a tristeza, o fisioterapeuta conta piadinha pra pessoa parar de chorar, o dentista brinca, começou a chorar, a angústia começou a aparecer muito forte, eles mandam pra gente...”.

(E12) “Olha, específico do psicólogo é saber intervir,... ver qual é o limite entre o emocional e aonde o emocional pode estar exacerbando o quadro clínico ou vice-versa,... você tem que realmente saber qual é o teu limite e tentar ver onde que realmente você está falhando ou você precise do teu colega e o teu colega precisa ter condições de ouvir o que você está pedindo também, pra olhar o seu paciente,..., se é da área dele ou da minha, ou se a minha está atrapalhando a dele ou se não tem nada a ver, se existe alguma coisa conjunta,... se você não trabalha bem, o profissional da área médica chuta pra psicologia o que ele não sabe dar conta ou o psicólogo chuta... Eu acho que cada um pode trabalhar com o outro profissional sabendo que, o limite é uma coisa que varia conforme varia o indivíduo no decorrer da sua vida,... essa interação é necessária...”.

O que não é considerado “só seu”, é, então, feito pela equipe, não sendo pensado como uma especificidade interdependente com os demais. Exemplo disso são as ações em rede e com a comunidade, e algumas atividades que outros não querem fazer e, tão pouco, segundo as entrevistadas, deveriam ser feitas por elas.

(E1) “... não-específico do psicólogo? eu acho que essa quebração de galho, que eu acho que nem sempre é saúde mental, às vezes é uma questão administrativa... a gente tem questionado um pouco mais com os chefes nesse sentido... a pessoa ficou brava porque não tem vaga pra ela, ela não está com uma patologia mental, ela

está brava, então o chefe vai conversar com ela e vai explicar porquê não tem vaga...”

(E9) “... o que não é em psicoterapia não é específico, é da equipe”.

(E14) “... o que não é específico é a meditação, é Conselho Gestor e é o trabalho administrativo...”.

(E15) “Uma coisa que não seria específica, de modo algum, seria trabalhar com crianças com problema de aprendizagem, no que o problema de aprendizagem é um déficit da escola e não da saúde...”.

(E16) “... este profissional tem o instrumental para resolver conflitos e trabalhar com a comunicação, contudo, não seria o único com capacidades para isso [...] Vivência da arte, atividades corporais, trabalho em redes sociais e participação em comunidades também não seriam específicos do trabalho do psicólogo...”.

Mais uma vez o psicólogo aparece como mediador de conflitos institucionais, mas apesar de ter sido citado como uma de suas atividades, nem sempre é considerado como sendo de sua responsabilidade, principalmente, quando tais conflitos envolvem a estrutura e organização dos serviços.

5.5 *Demandas da vida: entre a demanda de saúde e a demanda social*

Por estar muito próximo da comunidade, o psicólogo de UBS atua em seu cotidiano profissional com uma demanda social complexa, que exige uma postura ativa e baseada na multireferencialidade (Lourau, 1993) de conhecimentos e práticas. Dois depoimentos, apesar de longos, explicitam a ruptura com a “endogamia social” (Albuquerque, 1978) e a implicação deste profissional ao iniciar sua atuação na atenção básica à saúde.

(E12) “... na UBS, o que eu posso te dizer? Eu aprendi muito,..., primeiro porque a situação de pobreza, não vou te falar pobreza material, é pobreza de estimulação, em termos de visão de vida, é alguma coisa que contamina o profissional... você começa a se sentir tão pobre quanto a própria população que você atende, isso é muito ruim, você começa a só enxergar o problema e não acha a solução nenhuma ... por exemplo, pra ir trabalhar lá, você passava por briga de gangues, as gangues que estavam uma contra a outra,... antigamente não era narcotráfico, é o domínio da região, os moradores pra terem segurança pagavam... você tinha inclusive esses chefes das gangues como seus clientes e você ficava sabendo de tudo que ia acontecer,... você ficava inclusive muito, não vulnerável a sua segurança, mas você ficava muito vulnerável a poder saber o que ia acontecer e qual instrumental que você tinha pra evitar determinadas coisas, [...] recorrer ao CRP, ao teu Conselho não resolve (risos), primeira coisa que você sabe,..., e aí que começa o trabalho, é você justamente, por ter várias formas de inserção na comunidade, você tentar fazer, e é muito mais a Psicologia Social, tentar fazer com que as pessoas comecem a enxergar uma o lado da outra e as pessoas da comunidade elegerem por elas próprias aqueles que devem ser os líderes dela, porque você não vai ser aquele que vai acabar com isso,... obviamente, algumas coisas você não pode evitar, você sabe que fulano vai morrer,... inclusive você fica muito vigiado e você compromete todo o seu trabalho se você coloca essa informação e até que ponto você pode fazer isso, então, é um drama de consciência muito grande,... Ou seja, são estágios que você vai passando na carreira que faz com que você amadureça muito rapidamente e isso eu devo à Prefeitura, essa parte do amadurecimento social..., e graças a Deus eu tive, até um nível de sucesso relativo, que se possa conseguir nesse trabalho que era muito mais social entre aspas do que qualquer outra coisa...”.

(E15) “... quando eu entrei no serviço público na Prefeitura eram todas na periferia, [...] Então, foi uma loucura, porque a UBS nunca tinha tido psicólogo, então, quando eu cheguei as pessoas abriam a porta e aí foi um trabalho muito de formiguinha explicar o que era o trabalho do psicólogo, por que não podia interferir, abrir a porta, se eu tivesse aplicando um teste numa criança isso interferia ou mesmo se você tivesse atendendo, a pessoa estava lá, expondo os problemas, ou estava chorando, que isso não era legal, isso eu tive que explicar desde o guarda, faxineira até a chefe... saí um ano depois, ninguém interrompia, vinha o pessoal com bilhetinho embaixo da porta, ... era um posto de saúde muito grande, eu falo que era um oásis no meio do deserto,... o posto era limpíssimo,... tinham flores, samambaias, você pode imaginar, um posto inserido no meio de uma área invadida,... eu consegui trabalhar um pouco com o ginecologista, assistente social, fazer um trabalho de prevenção de Aids e DST em algumas escolas da região, com o dentista, a gente fazia um trabalho na escolinha, na creche ali pertinho,... e também fiz um trabalho com as ADIs que chamam hoje, antigamente era pagem, que era também de promoção de saúde,... fazia com que elas dramatizassem e vivessem todos os estágios,... fiz isso com todas as faixas etárias, até seis anos e aí, numa segunda etapa,... elas trocavam papel, passavam a ser criança ... mas dava pra fazer muito pouco, porque,... a demanda era enorme vinda do Conselho Tutelar... aí depois de dois meses de trabalho na UBS eu virei refém do Conselho Tutelar,... e aí é um problema muito grave, porque os Conselheiros Tutelares são líderes que vêm da comunidade, que não têm formação nenhuma e que cometem atrocidades..., tiram criança dos pais, porque a mãe foi fazer um tratamento psiquiátrico,... não têm o menor preparo pra enfrentar a situação,

efetivamente, de violência sexual,... eu acho que é maravilhosa a idéia de tirar líder da comunidade que seja liderança da comunidade, mas eles têm que ter o mínimo de preparo, porque as Conselheiras Tutelares piravam, surtavam também, e elas pediam ajuda,... eu dei treinamento pra Conselheiro Tutelar, porque virou uma bola de neve, [...] o treinamento que eu dei pra eles foi sobre desenvolvimento infantil... dei um treinamento sobre violência doméstica, violência sexual, violência psicológica, [...] e o meu susto maior foi quando eu descobri que a rede básica, a Unidade Básica de Saúde na área de criança e adolescente era eu,... pelo senso de 2000 lá do IBGE, 270 mil habitantes e a rede básica era eu, falei “não, não pode ser, alguma coisa está errada”,... aí um outro trabalho que eu acabei fazendo era fazer avaliação de crianças à pedido do juizado... pra avaliação de guarda, esse também foi um trabalho delicado, demorado, difícil... os finais de semana eram gastos fazendo relatório [...] na época eu fazia grupo de orientação de pais também, quinzenalmente, e grupo de atendimento de criança”.

Teixeira (2005) aponta que as demandas na atenção básica à saúde estão na fronteira entre “patologia” e “problemas da vida”, os quais muitas vezes chegam a UBS por não terem outro espaço de expressão. A abordagem desses problemas em muito ganhariam se fossem feitas através de “tecnologias da conversa”, como argumenta o autor, pois nesta modalidade é possível identificar, elaborar e negociar necessidades dos usuários de modo mais amplo que na redução biomédica e clínica dessas necessidades. É nessa direção que a atuação do psicólogo pode contribuir de modo relevante para este processo, já que tem formação e habilidades, como instrumento de trabalho já dado em sua profissão, em técnicas de escutas e falas ampliadas ao menos na direção do emocional. E isso até colocaria o psicólogo em posição privilegiada diante do que fazem usualmente os demais profissionais das UBS ou como mostra a fala de uma das entrevistadas, o psicólogo seria o “termômetro mais sensível” da demanda social.

(E12) *“(riso) eu acredito que seja aquele que você percebe todo o movimento social de imediato, eu acho que é o termômetro mais sensível que tem pra equipe de saúde saber o que está acontecendo; se você tem uma novela, ou um artigo no Fantástico, uma reportagem na TV, que fale sobre cleptomania..., pelo menos, três semanas no mês, você tem um monte de gente com a mesma demanda, aí você vai dizer “Foi a novela ou foi o esclarecimento?”...; se a crise está brava, financeira, o que você vai ter de depressão é uma coisa impressionante e depressões sérias,... se a crise não está séria, você vai observar que a tua demanda vai ficar muito mais uma demanda anterior, que eram as demandas crônicas, por assim dizer, das psicoses ou as doenças mais graves, por quê? O dinheiro segura muito coisa; enquanto você tem dinheiro, enquanto você tem um emprego, você realmente se*

mantém estruturado... as patologias são de acordo com isso?... sim, bem sazonais, nesse sentido... por exemplo, estamos chegando no final do ano, então a demanda é realmente para aprovação, então aparece um monte de criança com solicitação de psicodiagnóstico,... o teu papel, eu acho que é tentar organizar um serviço aqui e mobilizar a comunidade...”

As três regiões onde se encontram as UBS desse estudo (Butantã, Lapa e Pinheiros) apresentam elevados Índices de Desenvolvimento Humano³⁷ se comparados ao do município de São Paulo (0,841) e possuem diferentes recursos para os quais a população, se bem informada, pode recorrer. Mesmo assim, em cada um deles existem pontos de desigualdade social como colocados pelas falas de algumas entrevistadas (Brasil, 2000; Menezes e Silva, 2008).

(E7) “... há milênios atrás... teve um trabalho muito interessante de oficina de territorialização,... você é responsável pelo seu território, então você tinha que conhecer o seu território... descobriu-se que tinha muita tuberculose por ali, apesar de todo um bairro legal,... tem umas bocas de fumo, tem umas ruas, tem favela em uns lugares ali...”

(E11) “... de habitação... algumas visitas domiciliares que eu fiz, tem a parte bonitinha da favela... mas você entra nas vielas é um horror”.

A maioria das entrevistadas percebe as razões do quadro de saúde dos usuários das UBS como decorrente dessas necessidades socioeconômicas gerais dos bairros estudados, a que atribuem a emergência de demandas ou o agravamento das já existentes. O conteúdo das falas apresenta necessidades e demandas ligadas, principalmente, à falta de emprego; de equipamentos sociais de lazer e esporte; de habitação adequada e transporte, bem como problemas com violência (tráfico de drogas, violência sexual infantil, conflitos familiares), questões escolares e de atenção à saúde.

³⁷ 0,52 a 0,81; 0,52 a 0,78, e 0,68 a 0,84, respectivamente.

(E3) “... é uma área que tem vários prédios, eles não têm absolutamente nada pra fazer lá [...] foi sendo construída aos pouquinhos, as pessoas foram chegando, eles não são donos do terreno e é uma área que não tem nada, não tem nenhum equipamento público, não tem nenhum centro esportivo, nada, nem escola, eles usam a escola da (região próxima)”.

(E3 em relação à demanda) “... primeiro é trabalho (riso), tem muitos homens desempregados, tem muita mulher desempregada, isso causa esse stress todo, porque eles ficam muito em casa brigando entre si, brigando com a família... segundo, não tem espaço público pra eles brincarem, não tem uma praça, não tem um centro esportivo, não tem nada, ficam na rua...”.

(E17) “... eu acho que tem muito desemprego, então, as pessoas ficam deprimidas, aí os conflitos conjugais se intensificam por conta do desemprego,... a questão emocional dos adultos, cada vez mais, eu acho que há essa demanda...”.

Além do desemprego e da pauperização da população influenciarem no aumento de conflitos domésticos, a condição social e financeira precária, unida à influência da mídia ao consumo exacerbado, impede as pessoas de encontrarem soluções alternativas para suas vidas, pois, como coloca uma entrevistada, há a incorporação de valores de classe média, mas não há possibilidade de atingi-los.

(E13) “... quando há uma carência de tudo há muita briga, há muita discussão, há muita interferência,... tem muitas coisas que se resolveriam se essas pessoas tivessem um pouquinho a mais de recursos financeiros, porque aí leva a outras coisas... agora é moda, agora as crianças estão pedindo laptop e não quer nem mais computador... e aí, tem muitos pais que “bom, eu preciso atender ao meu filho, eu preciso fazer um dívida, eu preciso fazer prestação”, precisa fazer nada, ... a frustração também faz parte do crescimento, você precisa dar carinho, dar atenção, dar as coisas básicas,... Porque, na verdade, eu acho que a mídia mobiliza muita coisa; o desejo já existe por natureza e aí na medida que essa enxurrada, essa avalanche de coisas entra na casa da gente, o desejo das crianças aumenta...”.

(E5) “... eles falam muito de insatisfação,..., a sensação de incapacidade, a sensação de impotência, tanto na depressão, quanto dessas crises de pânico, elas têm muito a característica do “eu não vou dar conta”,... eu acho que a situação social é muito frustrante, quando elas começam a descrever como vive é muito pouco, não sobra dinheiro pra fazer um passeio, não sobre dinheiro pra escolha, o que é valor de classe média de qualidade de vida é totalmente distante, embora o valor seja muito bem assimilado, mas é distante da realidade, o lazer aqui é ir pra igreja, normalmente...”.

A violência se apresenta não somente nos conflitos familiares, mas também através do tráfico de drogas e influencia no trabalho do psicólogo tanto pelo aumento desse tipo de demanda, o qual é em grande parte direcionado à psicologia, quanto pelo impacto que causa nas equipes de saúde que, por estarem próximas e atuarem na comunidade, também ficam vulneráveis a tais situações. Fatores relacionados ao pouco espaço de lazer e ao medo da violência fazem com que os pais deixem seus filhos fechados muito tempo dentro de casa sem se relacionar com outras crianças e em um espaço nem sempre suficiente para se brincar. Segundo uma das entrevistadas, muito das crianças diagnosticadas com distúrbio de aprendizagem e problemas de comportamento que chegam à UBS são caracterizadas mais como demanda social do que psicológica.

(E4) “... é uma região violenta por causa aqui da favela, a gente tem confronto, às vezes importantes, às vezes tiroteios; tem as épocas que os próprios usuários avisam que não é pra pisar na favela...”.

(E5) “... tem muita violência na população,... acho que mais incomoda a gente aqui, não sei se é tanto o volume ou é o impacto dessas questões [...] são pessoas que estão acostumadas a bater e a apanhar, tem muito relato de violência sexual,... muito relato de abuso de criança,... pra mim é extremamente incômodo, muitas mães deficientes mentais com crianças...”.

(E11) “... tem muito problema de tráfico,... e as crianças passam o resto da tarde em casa trancada, num espaço pequeno, porque não pode brincar na rua,... eu acho que a maioria das crianças que vêm aqui não precisa de terapia, a maioria das crianças que vêm com queixa escolar ou que é problema de comportamento é porque está preso, está precisando fazer esporte, ou mesmo mulheres,... depois de algumas sessões, elas acabam realmente vendo que precisa ter um contato maior, se relacionar com as outras pessoas...”.

Necessidades relacionadas à saúde variam de região para região, ou seja, em um local onde a população é muito grande, pede-se um equipamento de saúde melhor ou mais atendimento médico; onde se pede mais políticas para idoso, é porque essa demanda é a mais significativa; da mesma forma ocorre com demandas escolares, de violência e drogas. O que se observa é que tais necessidades estão relacionadas às questões sociais citadas até o momento. Afinal,

se o transporte é deficitário ou se o desemprego é alto, o usuário terá dificuldade em acessar os serviços de que necessita, caso estes estejam longe de sua residência. Portanto, quanto mais próximo ao local de moradia as respostas puderem ser dadas melhor.

(E4) “... o atendimento médico mesmo, precisava de mais um posto, pelo menos, aqui na região; transporte, o pessoal reclama...”.

(E11) “... primeiro eu acho que o posto precisa de um equipamento melhor,... o número de habitantes é muito alta aqui para um posto deste tamanho [...] é um monte de necessidade, então, a última coisa que a gente recebeu da supervisão técnica é que a (nome da UBS) está entre os primeiros, de,... gravidez em adolescente... eu acho um absurdo,..., falta tudo a necessidade em termos de saúde e o povo reclama e com razão, tem altas brigas aqui na recepção, porque não tem vaga, porque não tem isso, porque não tem aquilo...”.

(E12) “... na área da psico, que eu acho que faz falta,... é você ter uma condição dos psicóticos ou dos egressos não mais psicóticos, pacientes que, estão sob controle, tiveram seu surto, mas já estão bem, não vão ter ou vão ter a mesma possibilidade que eu ou você de ter um, eles têm uma condição de estar voltando pro mercado de trabalho, porque o que a gente observa é muito triste, são dois, três, quatro anos de trabalho com psicótico, ele fica bem, fica ótimo e você não consegue reinseri-lo no mercado de trabalho... se a Psicologia está falhando? Nós estamos falhando acho que nesse hora, de não olhar esse funil que vai ficando dessas pessoas, porque a gente está tendo condições de tratar e não está tendo condições de manter essa pessoa saudável...”.

A tabela 1 (anexo F) foi adaptada de um estudo realizado pelo Movimento Nossa São Paulo em 2009 e mostra sete indicadores (saúde, violência, trabalho e renda, habitação, esporte, educação e cultura) para os bairros de Butantã, Lapa e Pinheiros e o melhor e pior índice da cidade para cada indicador.

Se comparar alguns dos dados da tabela com as falas das entrevistadas é possível se constatar, por exemplo, que na área da saúde, o índice de UBS não é o pior, mas ainda está abaixo do melhor índice e da meta de uma UBS por 15 mil habitantes. O melhor índice de gravidez precoce na cidade se encontra em Pinheiros e, dentre os três distritos, Butantã tem o pior índice e corresponde justamente ao local citado por uma das entrevistadas acima.

Os índices de agressão infantil e à mulher ainda se encontram bastante altos, tendo Pinheiros o pior índice dentre os distritos para o primeiro, e Butantã para o segundo. A meta, logicamente, é zerar os índices para esses casos. Já o homicídio juvenil é zero em Pinheiros e ainda se encontra alto na Lapa e Butantã.

Em relação a trabalho e renda, o índice de desemprego juvenil é um dos mais baixos da cidade e a renda mensal é a mais alta. Contudo, na fala das entrevistadas, a falta de emprego é um dos principais problemas encontrados na área de abrangência onde atuam e é, inclusive, um dos fatores que contribui para o aumento de conflitos e brigas familiares. Enquanto indicadores são trabalhados com uma média geral, as participantes, por estarem em um serviço inserido na comunidade, conseguem captar a desigualdade social existente em cada distrito. Unindo os dados gerais com os locais se identificam as contradições de cada região. O mesmo ocorre com a questão da habitação, em que o índice de domicílios em favelas varia de 0,91 em Pinheiros (um dos melhores da cidade) a 20,82 no Butantã, o qual não é um dos piores se comparado ao pior (40,41), mas está muito acima da meta a ser atingida de 0,31 domicílios em favela por distrito.

Quanto à educação, a demanda para creche e pré-escola está entre as melhores da cidade, sendo na Lapa onde se encontra o melhor índice entre os distritos estudados. O mesmo ocorre com o índice de abandono do Ensino Médio. Estes dados mostram que as crianças e jovens dessas regiões estão tendo acesso ao ensino. Neste caso, pode-se justificar o porquê da demanda de queixas escolares que chegam à UBS serem altas. Contudo, esta conclusão é parcial e deve ser mais bem investigada por estudiosos que se interessarem pelo assunto, porque esse tipo de demanda também é alto em outros estudos de diferentes regiões do país e, mesmo em São Paulo, em distritos onde os índices não são tão positivos.

Por fim, em relação ao esporte, Pinheiros tem o pior índice da cidade com nenhuma unidade esportiva pública. A meta é, pelo menos, uma por distrito. Já o percentual de salas de cinema e teatro é bom para os três distritos se comparado a locais onde não há tais espaços ou mesmo considerando que são regiões muito próximas de onde se encontra a maior concentração de salas, que é a região da Sé (melhores índices). A questão a se fazer, é a acessibilidade que as pessoas têm à cultura, considerando o preço de sessões de cinema e de peças de teatro na cidade,

além do deslocamento necessário. Talvez, o ideal fosse descentralizar tais espaços da região central para os bairros, facilitando o acesso das pessoas.

Além de serviços de saúde, as entrevistadas têm contato com outros recursos da comunidade que oferecem cursos e alternativas de lazer e apoio aos usuários. Os Quadros 7 e 8 mostram os principais locais de encaminhamento e contato com tais recursos.

(E7) “... tudo que é grátis,... tem várias coisas que eu posso encaminhar e ser saúde mental também, conversar com amigo, fazer visita, viajar, ter férias, tem várias coisas que são muito saudáveis, fazem muito bem pra cabeça e pro corpo”.

(E11) “... não acho que pra todo mundo a solução é terapia... eu acho mais importante pra essa pessoa, ou pra essa criança um estímulo maior em termos de atividade esportiva ou de estar em contato maior com lazer, de estar buscando junto com a família... tem muitas famílias aqui, principalmente, na família lá do (nome da favela) que restringe muito a prática de lazer das crianças com medo de deixar na rua por causa do tráfico”.

Quadro 7 – Equipamentos para onde as entrevistadas encaminham e/ou recebem usuários

Equipamentos de saúde	Outros equipamentos
CAPS adulto e infantil	CECCO
Ambulatório de Especialidade	Centro Esportivo
AMA	CEU
Pronto-socorro	Escolas
Hospitais	Projetos sociais
Equipamentos de álcool e drogas	SESI
Especialidades médicas	Casa da Cultura
PSF	ONG
UBS referência para psiquiatria	Estação Ciência
Centro Referência Idoso	MADA
	“coisas de graça”

Quadro 8 – Contato com recursos da comunidade

Recursos de saúde	Outros recursos
Alcoólicos Anônimos (AA) Hospitais Ambulatório CAPS ABRATA Médico particular	Escolas CECCO Igreja Abrigo Centro Esportivo ONG Casa da Cultura SENAC Clubes Parques SESC Projetos sociais

Contudo, da mesma forma que a integração dentro da UBS sofre uma série de obstáculos, o trabalho conjunto com profissionais de outros recursos da comunidade é praticamente inexistente. O mais freqüente é o contato via telefone, encaminhamento e relatórios, além de informar os usuários sobre as atividades que cada equipamento oferece. Eventualmente, ocorrem reuniões interinstitucionais. Apesar de se perceber a importância de integração nem sempre é possível realizá-la, principalmente quando o psicólogo é a única referência em saúde mental na atenção básica da área de abrangência.

(E3) “... *encaminho pra tudo,... eu apresento tudo o que tem... inclusive, pro centro esportivo... tem o CECCO [...] com as escolas eu comecei tendo contato com o curso da (nome da universidade),... a gente conheceu todos os professores, todos os diretores, [...] então a gente marcou reunião com as escolas uma vez por mês; com a igreja também a gente vai,... O (nome do hospital) é o que eu vou menos, que é onde tem os cursos, mas por telefone a gente consegue resolver bem,... tem uma turma aqui também no Jd. (nome do Jd.), que eles têm vários projetos, curso de cabeleireiro, curso de manicure, pra quem tem depressão... eu entro em contato com todo esse pessoal, tem uma reunião da rede de apoio... ”.*

(E8) “... a gente encaminha pra outras instituições, por exemplo, às vezes que eu encaminhei pra igreja era quem precisava de cesta básica,... a gente encaminha pra outras Unidades de Saúde, a gente encaminha pra clubes, pra parques, pra Centros de Convivência, a gente recomenda SESC, SENAC, pra quem pode, academia, passeios... abrigos nos procuram, trazem, a gente conversa, faz relatórios, muito na base de relatórios,... como é que eu me comunico com a escola? Eu ligo, converso, já aconteceu, mas a minha conduta é fazer o atendimento e encaminhar um relatório...”.

(E17) “... normalmente, o contato parte mais das instituições... pra citar um exemplo,... um abrigo aqui da região, elas vieram, trouxeram três casos, que eram os que estavam mais preocupando, aí eu agendei, mas vou atender em terapia... a escola, por exemplo, tem professora que a gente já tem uma linha meio direta, ela já tem meu celular... eu me sinto assim, sendo buscada do que indo, porque não consigo esse tempo, essa brecha, porque tem os casos que já tão aqui e você tem que dar conta, é uma demanda muito grande”.

Existe uma troca entre os psicólogos da UBS com outros recursos comunitários, que nem sempre servem de referência e contra-referência para a equipe de saúde mental, mas que prestam serviço entre si, conforme surgem necessidades em cada local.

(E4) “... A gente tem uma instituição, uma ONG que atua aqui na região e eles têm o serviço para crianças, acho que de sete a doze anos,... uma atividade do horário inverso do horário de escola, então, às vezes a gente precisa encaminhar, às vezes eu ligo pra falar com a diretora,... porque eles começaram a funcionar com oficina de culinária, de artesanato... agora o centro desportivo aqui também está com uma porção coisas,..., a casa de cultura que não é tão longe daqui, que também tem algumas práticas que a gente não tem aqui..., aí eu ligo, passo o calendário das oficinas atuais...”.

Às vezes, a dificuldade resida na distância entre serviço e o local de moradia das pessoas. O CECCO é um desses exemplos, o qual, apesar de muito recomendado, é um dos lugares mais difíceis de ser desenvolvido um trabalho conjunto e, mesmo os encaminhamentos acabam tendo pouca efetividade, porque os usuários não se deslocam até o equipamento.

(E4) “... pra tudo a Prefeitura é assim, tem o serviço, porque não manda? Porque a pessoa não vai, não vai porque é longe, porque não consegue ir sozinho, não tem quem leve, os mais graves, paciente em crise, tem que ir pro CAPS, e quem da família pode levar? Que tem que tomar condução pra ir daqui, o pessoal trabalha, às vezes, é o paciente quem fica em casa sozinho, então, às vezes, o paciente que deveria estar no CAPS a gente atende aqui... os encaminhamentos internos são mais fáceis até porque o paciente já está aqui dentro e os externos, olha eu me esforço pra fazer desta forma, garantir até o dia e a hora da consulta, mas nem sempre funciona”.

Conforme o depoimento acima, em outros momentos a dificuldade de integração está na própria rede de serviços de saúde na chamada referência e contra-referência. Ou as equipes de saúde ficam sobrecarregadas por uma demanda que não consegue ser encaminhada ou não conseguem fazer do encaminhamento uma oportunidade de dialogarem e construir ações conjuntas.

(E5) “... a gente tem feito parcerias com estas instituições não de saúde,... de saúde a gente tem pouca coisa pra parcerias mais estruturadas...”.

(E10) “... esse é um problema que a gente tem a chamada rede de referência e contra-referência, ela na prática funciona muito precariamente e a gente acaba absorvendo muitos casos graves que a UBS não tem estrutura, não tem condições de absorver”.

(E1) “... sempre teve muito pouca integração entre os serviços, então a UBS trabalhou sempre muito isolada, é coisa mais recente, tentativas de integração e ela está ainda muito ineficaz ...”.

(E15) “... acho que podia ter um maior entrosamento [...] dos CECCOs com CAPS, com UBS, tem um CAPS (local), a gente acaba se relacionando quando tem que encaminhar um paciente, um pra lá, um pra cá, um pra lá, um pra cá, mas não tem um trabalho em conjunto,... não porque eles não queiram, mas me parece que já, conversei com a psicóloga lá,... eu percebo que só essa coisa de ficar só atendendo, atendendo, atendendo, atendendo, atendendo, se você sai daqui pra ir pra lá não sei como fazer”.

As tentativas de um trabalho intersetorial e interinstitucional parecem partir menos de quem implanta e administra as políticas de saúde locais e mais de contribuições pontuais dos usuários e dos profissionais, conforme surgem necessidades no dia-a-dia institucional e que nem sempre são resolvidas nos equipamentos de saúde, mas precisam de outros recursos para atingir a finalidade de se obter uma saúde integral. As necessidades sociais daquilo que é “bom para todos” se dilui em meio a outras tantas, que nem sempre são aquelas ditadas como essenciais pelas políticas públicas do setor.

(E17) “... o próprio pessoal do bairro já se distribui,... eles sabem mais do que eu, então é mais fácil eu pegar uma referência com eles pra passar pra outro paciente [...] nós pedimos inclusive em saúde mental uma lista de referência, contra-referência, até hoje não foi visto, muda a coordenadoria, cada coordenador fala que vai conseguir e não consegue, enfim, eu me sinto assim, muito bloqueada no meu caminho..., a gente tem que tentar violência, que é outra coisa que é imposta hoje em dia, “ah, vocês têm que enviar um profissional da Unidade pra esse recurso de rede de paz”, eu acho importantíssimo, ... o que eu sinto é assim, existe uma coisa de cima, política, que tem que fazer, é um programa, tem que dar conta,tenha ou não tenha profissionais, ..., não flui,você faz o teu trabalho aí quando depende de encaminhamento, quando depende de um seguimento, de um acompanhamento paralelo, você não tem, então, é um percurso muito solitário e interrompido...”.

Observa-se que, apesar da demanda de saúde de adulto e criança ser variada, a maior parte está relacionada às demandas sociais que se agravam e acabam chegando à área de saúde mental. A maioria dos casos é de crianças na faixa etária de 6 a 14 anos encaminhadas pela escola com distúrbio de comportamento e problemas e aprendizagem, e de demanda espontânea de mulheres com queixa de depressão, crises de pânico e ansiedade. A faixa etária feminina é bastante ampla (entre 20 e 40, 50 anos e depois entre 50 e 70) e varia conforme a área de abrangência, sendo reflexo da peculiaridade de cada serviço em atender mais jovens ou idosos. Estes dados não se diferenciam de outros estudos e parecem constituir em um padrão de demanda para o psicólogo em UBS (Silva, 1988; Jackson e Cavalari, 1991; Castanho, 1996; Dimenstein, 1998; Velasques, 2003; Oliveira, 2005; Spink, 2006).

(E3) *“A maioria é mulher e criança, criança entre dez, onze anos; vem muito pouco adolescente, eles até começam o trabalho, mas eles não têm uma adesão e os idosos até vêm, mas eles têm muita dificuldade de locomoção, a gente está numa área muito acidentada...”*.

(E4) *“Os meninos é problema de comportamento [...] uma dificuldade de aprendizado, a maioria encaminhada pela escola, às vezes a família, queixa de rebeldia, desobediência [...] as mulheres que são os adultos que mais me chegam, as queixas são depressão, ansiedade, insônia, Síndrome do Pânico ou os casos psiquiátricos...”*.

(E6) *“É muito cíclico... nesse momento a demanda maior é de crianças... porque até seis meses atrás não era [...] Era de adultos, mulheres,... de quatro meses pra cá a demanda maior está sendo de crianças, talvez, pelo fim do ano letivo...”*.

(E10) *“... é uma demanda muito diversificada, quanto à faixa etária, quanto à condição socioeconômica, condição cultural, nível de estudos, escolaridade etc...”*.

O atendimento de homens foi pouco citado, fato que não impede que sua demanda também seja bastante variada e, em alguns casos, com múltiplos agravantes em uma única pessoa.

(E1) *“... os homens não vêm muito, eles não se tratam, eles não se cuidam, eles estão trabalhando, tem muita mulher que não trabalha e eu acho que a mulher se cuida mais, ela vai mais a médico, tem mais consciência da importância dela fazer psicoterapia, homem eu acho que é mais resistente pra fazer psicoterapia, eles não vêm muito...”*

(E7) *“... eu tenho até atendido homens o que me surpreende, porque... homem pedindo ajuda que não só psiquiatra, isto não é tão comum [...] tem dois que tem convulsão, esse que veio e depois saiu, ele era aquele cara que, de repente, explode, estoura,... esse aí é um que segura, segura, segura, e ele trabalha numa EMEI,..., mas tem hora que acho que o medo dele soltar e ser muito agressivo também, mas vem com uma coisa mais de Síndrome do Pânico, não fica sozinho, ele tem uma coitada de uma filha de 17 anos,... ele, às vezes, chamava ela de noite, porque ele não conseguia dormir,..., separou da mulher faz tempo, sei lá onde está essa mãe dessas crianças, ... mas acho que ele lida muito mal com a agressividade ..., um deles que tem convulsão..., ele era de RH e se desempregou, mas eu acho que é um cara que vivia com dificuldade essas pressões de trabalho, ... teve homem que veio... porque ele se separou,... estava difícil pra ele lidar nessa situação de tocar a vida pra frente,... também não estava conseguindo dormir direito”*.

Muitos destes casos se referem às questões sociais já mencionadas. O estresse profissional gerado pela precarização no trabalho é um exemplo que vem aumentando e afeta a pessoa física, mental e emocionalmente. Uma entrevistada ainda colocou o pouco espaço que as pessoas reservam para “exercerem seus desejos e sonhos”, o que também contribui para processos de adoecimento.

(E1) “... aumentando muito síndrome de pânico, depressão..., tem quadros de stress, ansiedade em último grau com sintomas somáticos,... dores pelo corpo, mialgia e dores de coluna, problemas de estômago agravados, por estado de stress mesmo, por causa de trabalho... muita gente desempregada... e aí vão morar com tios, com tias, com sogra, com sogro e aí dá aquela desestruturação toda na família... tem se agravado quadros de bulimia... acho que a maior parte são problemas decorrentes da condição econômica...”.

(E7) “... até a tempos era depressão,... a coisa da moda agora é o Bipolar,... eu acho que é importante sim perceber o que o momento contemporâneo, o que essa vida da nossa cidade faz com as pessoas, que sentido isso tem ... das doenças da contemporaneidade [...] quando eu faço entrevista, eu gosto muito de perguntar o que a pessoa faz de gostoso, ... pouco trabalho físico, pouca caminhada, ... muito pouca diversão, muito pouca fazer coisa que gosta,... ter um, vamos dizer, uma saída para as tensões... o CECCO tem muitas coisas interessantes, tem dança cigana,..., tem trabalho de mosaico,... tem jardinagem, tem culinária, tem passeio, tem, às vezes, as pessoas não se põem ‘ah, preciso fazer’ como o remédio, remédio elas tomam, às vezes,... é surpreendente que não esteja pior entendeu, que a vida não esteja, que a pessoa não esteja mais doente do que isso”.

(E15) “... o que chama mais atenção aqui é a quantidade de homens com Síndrome do Pânico, que lá [periferia] não tinha; lá os homens tinham mais depressão [...] Lá, eles não tinham emprego, ficavam deprimidos direto; aqui [região central] eles têm medo de perder o emprego e ficam com Síndrome do Pânico...”.

Se uma das necessidades da área de abrangência se refere a casos diversos de violência, a demanda não seria diferente e já aparece como um novo objeto de intervenção, apesar de ter sido colocado por uma entrevistada que este tema não é prioridade para a gestão municipal atual, e que as UBS e os psicólogos não se encontram preparados para receberem tais casos. Estes são de diversas ordens, desde crianças e adolescentes encaminhados pelo Conselho Tutelar e pelo Judiciário para avaliação de guarda, adoção e em medida socioeducativa, passando por conflitos

conjugais e familiares, que podem agravar os casos de violência doméstica, conforme já citados, até um exemplo que chama a atenção por se constituir de usuários que sofreram algum tipo de violência no passado, mas que somente agora aparece como uma demanda à saúde mental.

(E9) “... às vezes aparece pessoa que sofreu violência no passado e isso reflete na vida dela agora..., mas eu sei que ela precisava de um trabalho mais específico pra quem foi vítima de violência, mas não consigo achar em lugar nenhum [...] De violência assim, que aconteceu a pouco tempo a gente consegue,... e tem também, bullying, violência na escola, isso, eu não encaminho pra ninguém”.

(E17) “... não chegam muitos, mas chegaram casos de violência com criança inclusive, pedofilia já teve casos... a maioria dos casos chega através das assistentes sociais mesmo, elas captam e já encaminham ou, às vezes, vem da escola ou, tem uma pediatra aqui que encaminha muito... sentiu que pode ter havido alguma violência, ela já encaminha, [...] a gente absorve esses casos”.

(E16) Ao falar da violência, a entrevistada disse não ser um tema priorizado por essa gestão de governo e que os trabalhos sobrevivem pela boa vontade das pessoas. Também disse que a UBS não está sensibilizada para trabalhar com o tema e tem uma configuração ainda pautada no modelo médico, o que dificulta trabalhar em equipe e discutir os casos.

Segundo algumas entrevistadas, a demanda tem mudado e se agravado ao longo dos anos e os quadros graves de psicose tem diminuído. Por um lado, isto pode estar ocorrendo pelos investimentos ao longo da década de 1990 em equipamentos substitutivos ao hospital psiquiátrico, que teve como foco o trabalho com pacientes egressos de internação. Por mais que faltem psiquiatras na rede pública de saúde, o atendimento a estes usuários foi pensado mais em função de reinseri-los socialmente, do que contê-los via medicação e outros profissionais como psicólogos e terapeutas ocupacionais têm desempenhado um importante papel neste processo, sem contar que, quando é necessário medicar e na ausência do psiquiatra, o clínico geral assume essa responsabilidade nem sempre confortável ao profissional. Por outro lado, a demanda também é produzida conforme as prioridades. Dois depoimentos, um sobre o PSF e outro em relação à mudança de disponibilidade da própria profissional,

exemplificam esta tendência. Atualmente, o foco na relação entre saúde mental e atenção básica/PSF levará, provavelmente, ao surgimento de novas demandas sociais e de saúde ainda pouco trabalhadas.

(E4) *“Eu acho que as coisas foram se agravando... as crianças chegam cada vez mais cedo com problemas, atualmente, eu estou recebendo queixas da EMEI das crianças com três anos que estão agressivas, violentas,... os dramas são mais graves, sociais e pessoais, os dramas familiares, a famílias mais desestruturadas, as mães mais jovens e mais solitárias,... as situações de violência que as famílias passam ou de morte, de desmembramentos, e as doenças mentais eu acho que foram se agravando, se antecipando, muita gente lá é deprimida,... aí surgiu a Síndrome do Pânico,... as pessoas foram se tornando mais ansiosas, todos os Transtornos de Ansiedade, Fobia,... antes... ou eram as histerias, ou eram os psicóticos, agora os níveis de sofrimento são maiores, tanto porque a gente tem mais conhecimento, se olha mais pra saúde mental, o próprio médico, a própria população, porque vê na televisão,..., eu também acho que piorei nesses anos todos (risos), sem dúvida”.*

(E7) *“... tem uma diferença de demanda, as menininhas estão adoecendo,... acho que o PSF é bárbaro nisso, porque elas acabam sendo um pouco mais detectadas, descobertas, ou a queixa chega...”.*

(E11) *“... a demanda era assim, uns 70, 80% crianças, 20% adulto, agora não, agora já tem mais adulto procurando... ou as próprias escolas se desestimularam de encaminhar (risos),... ou se fui eu que mudei, priorizei outras coisas,... eu acho que a demanda muda conforme a gente também tem disponibilidade pra tal,..., eu acho que a demanda é muito em função daquilo que você também se dispõe a atender...”.*

A mídia também parece exercer um papel importante tanto na mudança, quanto no aumento de demandas; o que se questiona é a veracidade das informações repassadas.

(E12) *“... eu não sei se vale à pena ou não vale a pena você estar questionando a questão da mídia, eu só acho que se você vai dar a informação, dá a informação correta, e as informações não são muito corretas, eu não sei se é a dificuldade, o tempo, a velocidade que tem que ser expressa ou se as pessoas pegam o que elas querem pegar, porque na terapia a gente escuta também o que quer ouvir, é ou não?...”.*

(E17) *“... um aumento de casos graves e casos de Transtorno de Pânico e depressão, eu acredito que a mídia deve ter um papel importante nisso, porque o*

que acontecia, as pessoas achavam “ai, está esquisita, está chorando, ou é louca ou é frescura”,... parece que as pessoas estão mais conscientes,... ‘nossa, então isso que eu tenho é aquilo que falou lá no Fantástico’...”.

No Quadro 9 se encontram as principais demandas de saúde mental em UBS citadas pelas entrevistadas.

Quadro 9 – Demanda para o psicólogo em UBS

1. Depressão 2. Queixas escolares (problemas de aprendizagem e de comportamento) 3. Síndrome do Pânico 4. Situações/Casos de violência 5. Fobias/Ansiedade 6. Estresse Laboral/Doenças Ocupacionais 7. Problemas/Conflitos familiares e conjugais 8. Transtorno Bipolar 9. Drogadição (álcool e outras drogas) 10. Bulimia 11. Insatisfação 12. Tristeza 13. “Piripaque” 14. Dor crônica (muitas vezes associada ao estresse e à doença laboral) 15. Dificuldade de adaptação 16. Tentativa de suicídio 17. Insônia 18. Casos psiquiátricos 19. Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) 20. Cleptomania

Quanto à clientela, constatou-se que os serviços de psicologia em UBS acabam abrangendo condições socioeconômicas variadas. Nesse estudo, a maioria dos usuários foi classificada como sendo da classe média, seguida de classe baixa, classe pobre e alta. As respostas não demonstraram um parâmetro preciso, por isso, fez-se uma divisão de acordo com as falas das entrevistadas. Algumas expressões usadas como “bem pobre”, “não é paupérrima”, “elite”, e “condição relativamente simples, alguns são um pouquinho melhor” foram classificadas aleatoriamente como classes pobre, baixa, alta, e baixa/média, respectivamente.

(E3) “... é uma classe social bem pobre, eles não têm brinquedos, casas muito pequenas, pouco espaço, pai e mãe desempregado, muitas vezes só fazendo trabalhos eventuais... esse prédio aqui do lado, que já é uma classe social D, C, todos eles têm emprego, têm convênio médico, então, geralmente,..., vem pra passar com o psicólogo, porque o convênio oferece dez sessões, a pessoa começa a fazer o tratamento, gosta, começa a se sentir bem e aí tem que parar [...] eles vêm até envergonhados pedir...”.

(E4) “... a psicologia, a fono e a odonto dentro da UBS atendem também uma elite que não é cliente do serviço médico ou de enfermagem, que é o pessoal que tem um emprego, tem um convênio, mas não tem atendimento nem de fono, nem de odonto, nem de psicólogo no convênio...”.

(E17) “... se você tivesse me fazendo essa pergunta alguns anos atrás, eu diria que a condição socioeconômica é baixa, hoje, não é bem assim, a classe média tem procurado também, até porque o pessoal não consegue pagar convênio... eu diria que é uma classe média que está chegando mais à procura, à Unidade Básica e, a classe mais baixa também...”.

Ao mesmo tempo em que os honorários são altos, a pauperização da população e a restrição dos convênios a apenas alguns atendimentos psicológicos por ano, fazem com que usuários considerados de classe média procurem o psicólogo do serviço público de saúde. Neste caso específico, é possível perceber duas tendências: uma que diz respeito ao tão desejado cumprimento de parte da função social da profissão, permitindo o acesso daqueles que se vêm impossibilitados de pagar atendimento particular, e outra, que é a manutenção do atendimento clínico mais tradicional dentro do serviço público, através do oferecimento da psicoterapia à classe média, a qual historicamente é o principal público para este tipo de atendimento psicológico. Porém, independente da classe social atendida, dentro da UBS é difícil separar o que é demanda clínica e social, porque quase sempre elas estão correlacionadas e precisam de intervenções que as atinjam simultaneamente. O risco que o psicólogo corre é tentar psicopatologizar aquilo que poderia ser resolvido por vias diferentes ao do diagnóstico e do tratamento. Por isso também que ações em equipe e nesse sentido mais coletivas para lidar com o caso são importantes já que todos contribuem na construção de planos de intervenção. Diante da complexidade que

se apresenta ao profissional que trabalha na atenção básica à saúde, essa tem sido a via mais plausível encontrada para lidar com demandas e necessidades, e para superar conflitos, tensões e contradições.

5.6 Percepção do psicólogo sobre como é visto por usuários, por outros profissionais e pela gerência da UBS

A maioria das participantes percebe que tanto usuários, quanto os funcionários da UBS e a gerência têm uma visão positiva em relação a sua atuação e se sentem “valorizadas” e “respeitadas” em seu trabalho.

(E10) “... ao longo dos anos, o psicólogo foi crescendo em importância... não só diante da equipe multiprofissional, como diante dos outros profissionais da saúde, diante da comunidade em geral...”.

(E15) “... eu já tive gerente que era assistente social e tive gerente enfermeira, todas elas valorizavam muito o papel do psicólogo,... apoiava o trabalho, acreditava no trabalho, nunca tive uma situação na qual eu senti que havia um boicote, uma desvalorização...”.

(E17) “... eu sinto que a população está contente com o serviço..., tenho certeza que eles gostariam que tivesse uma equipe aqui, psiquiatra, que tivesse, pelo menos, mais um psicólogo...”.

Em relação aos usuários, existe a expectativa do modelo de consulta médica, sendo um dos fatores de não aderência ao atendimento psicológico.

(E5) “... eles queriam consulta individual, falar em grupo não é interessante,... mas tem uma busca ainda do modelo médico, acho que nós somos ainda acessório do médico...”.

(E8) “Alguns entendem muito bem, valorizam muito, e outros chegam crentes que vão ter uma consulta e quem sabe voltar daí uns dois meses, que quando você explica que é semanal ou quinzenal, assustam e, às vezes, ficam até com medo,

“que é isso, será que eu estou tão ruim assim?”... muitos preferem uma abordagem mais rápida mesmo...”.

Também foram citados outros fatores que justificam a não aderência aos serviços da psicologia. O preconceito de que psicólogo é “coisa de louco” ainda é considerado um agravante ou para as pessoas não continuarem o acompanhamento ou por se recusarem a ser atendidos por este profissional. Outro fator é quando a expectativa do usuário não condiz com a atuação real do psicólogo. Enquanto uns acham que este tem uma “bola de cristal” que vai resolver todos os seus problemas, outros têm apenas curiosidade em conhecer o trabalho que é realizado. A expectativa de que o profissional vai resolver seus problemas pode estar atrelada a esse modelo médico medicalizante, em que o remédio faz o papel ativo de tratar, tirar a dor e/ou curar, sem que o usuário precise refletir sobre suas escolhas, seus modos de vida e seus sofrimentos, que nem sempre são fáceis de se entrar em contato. Por isso, outro fator seria a não disponibilidade interna da pessoa conseguir olhar para si e de refletir sobre seu modo de ser e estar no mundo.

(E7) “... talvez dependa um pouco de como é que essa pessoa chegou ao psicólogo; quando a pessoa chega porque o doutor mandou, porque a doutora mandou, ele chega meio saindo,... porque o que ele quer é remédio ou o doutor disse remédio, tem pessoas que não estão absolutamente abertas a pensar, nem a pensar suas vidas, nem sentir, nem a entrar em contato com sentimento,... acho que o psicólogo ou a saúde mental mesmo que seja é um lugar para se ouvir,... o psicólogo é aquela pessoa que não tem um vínculo direto... ele está falando, ele está se ouvindo, ele está pensando,... tem quem vem, por exemplo, do PSF,..., vem esperando muito, aí quando espera muito é uma tragédia,... você começa a problematizar ou a lidar com ela, como é que ela lida, como é que ela faz, o que o jeito dela tem a ver com o que acontece com o filho, como é que ela entende as questões dos filhos, aí ela ‘não está adiantando nada’...”.

(E12) “... os que passam e permanecem, gostam e vêm como um trabalho sério, porque tem o usuário que vem só pra experimentar,... tem aqueles que vêm acreditando que você tem a bola de cristal e vai te dar uma solução,... esses aí minha filha,... ele vem talvez no primeiro atendimento, depois já não vem mais,..., era só curiosidade ou não está no momento dele [...] a pessoa já está sofrendo e ainda ter que enfrentar o preconceito, porque existe mesmo... com o psiquiatra é viciado e com o psicólogo é louco, antes era assim, se passa com psicólogo, você é meio louco, se você passa pelo psiquiatra você é louco total,... engraçado como as informações vão mudando...”.

(E15) “... a grande maioria e que nunca tinham passado em psicólogo, eles vêm falando que não são loucos,... na medida em que eles vão entendendo, que eles vão se apropriando também das informações relativas ao que é o psicólogo, ao que faz o psicólogo, como é o tratamento psicológico, eles vão perdendo isso e vão orientando outras pessoas...”.

Ao mesmo tempo, também existe a implicação do psicólogo na não aderência ao atendimento. Alguns profissionais podem não corresponder às expectativas da pessoa a ser atendida por ainda consideram haver um “perfil para psicoterapia”, o que remete a algo pronto, em que os usuários precisam se encaixar dentro de padrões já pré-estabelecidos. Nestes casos, é essencial ouvir o que o usuário traz e construir em conjunto um plano de atendimento, que faça sentido a ele e não somente às equipes de saúde ou a outros equipamentos comunitários envolvidos no processo.

(E8) “... quando você pega uma coisa mais difícil, você pontua alguma coisa da própria responsabilidade da pessoa que ela quer mudar o outro, mas não adianta, que ela tem que mudar a si que é o que ela pode fazer, às vezes não volta mais, não é todo mundo que tem o perfil pra uma psicoterapia”.

(E16) *Quanto à percepção do usuário ao serviço de Psicologia, a entrevistada disse que eles falam bem e gostam, muitos, por sua vez, não fica sabendo das razões que os levam a abandonar o atendimento; pode ser que não ficam, porque não conseguem entrar em contato com seus próprios conteúdos, mas também, quem sabe, porque o que lhe oferecemos simplesmente não lhes serve. Daí a necessidade de estarmos sempre reavaliando as nossas práticas.*

Em acréscimo, se ainda há preconceito sobre o que o psicólogo faz, é momento de se tratar, não na divulgação do trabalho, a qual já vem sendo realizada há tempos, mas do modo como vem sendo feita, a quem tem atingido e de que forma tem sido recebida e interpretada. Isto porque, para outros profissionais a psicologia também é vista como um “mito” ou uma profissão um pouco “nebulosa”, conforme coloca algumas entrevistadas.

(E2) “... os funcionários sabem da existência e sabem que tem um efeito positivo,... mas nunca participaram de um grupo de terapia, essa coisa não sabem [...] é uma

figura um pouquinho, acho assim, de você criar muito mito em cima..., porque eles têm aquele olhar do psicólogo que fica como doutor...”

(E7) “no geral, tem sido, talvez, um pouco nebuloso, eles não sabem muito bem,... agora, essa história de ter o acolhimento, por um lado, eu acho que facilitou pra eles, por outro lado, talvez, tenha dado um pouco a dimensão do que afinal a saúde mental faz, porque na hora que tem alguém no balcão descompensado... eles vêm solicitar a gente... existem funcionários, do balcão, principalmente, que, às vezes, vêm comentar alguma coisa de parente,... isso mais com criança, então eu acho que a gente passa meio alguém que sabe alguma coisa de comportamento de criança,..., de adulto fica mais focado com a psiquiatra eu acho,...”

O mesmo ocorre em relação à expectativa de que o psicólogo trabalhe de acordo com o modelo médico, o que gera, muitas vezes, uma imagem negativa do profissional, já que as intervenções em saúde mental seguem um ritmo diferente da consulta médica.

(E6) “... equipe multiprofissional, na UBS é muito segmentado, porque existe a equipe de saúde mental e as outras áreas, muitas vezes eu acho que as outras áreas não nos vêm com bons olhos, eu acho que a gente, pra eles, não consegue atender de forma satisfatória o paciente [...] Ou pela questão quantitativa, ... o paciente vem toda semana, então você não pode rodiziar esse paciente, ... coisa que o médico faz, que a assistente social faz, ... em alguns momentos isso não é muito entendido ... mas por um outro lado, tem um reconhecimento na medida em que quando aparece um paciente que eles não dão conta, eles passam pra Psicologia...”

A questão da produtividade em saúde mental nos moldes como é dada atualmente também é um fator de tensão entre o profissional e a chefia e a expectativa sobre o psicólogo é que se atendam cada vez mais usuários. Contudo, suas intervenções seguem uma lógica de produção que não pode ser quantitativamente comparada à da enfermagem e à médica. Reconhece-se que o chefe não somente é sobrecarregado de trabalho, como também é pressionado por instâncias superiores a ele: pelas “diretrizes macro”, conforme colocou uma psicóloga em um dos depoimentos. Mas, de outro lado, sua postura no modo de

interpretar e implantar as diretrizes propostas ou impostas na unidade local pode facilitar ou dificultar o relacionamento dele com os funcionários dentro da UBS.

(E10) “... a chefia, ela é muito pressionada também,... um gerente de uma Unidade de Saúde, que tem muito pouca autonomia, também, pela pressão que ele sofre da Coordenação, dependendo do chefe, da personalidade dele, do caráter, da experiência que ele tem etc. ele consegue lidar melhor ou pior com isso, então nós já tivemos chefes que era, vamos dizer assim, um, tarefeiro, quer dizer, o que lá de cima mandava, eles aplicavam diretamente e isso não é possível, por que não é possível? Cada Unidade de Saúde tem uma história, tem circunstâncias especiais, tem uma equipe e tudo isso tem que ser levado em conta, então o bom chefe, eu acredito que ele precisa usar um filtro, ele recebe as ordens que vem de cima, ele usa um filtro e ele adéqua essas ordens à realidade que ele tem...”.

(E13) “... veja, estatística ele é cobrado também,... existem algumas cobranças que nem é ele que cobra, mas ele também é cobrado,... pra você ver uma resolutividade,..., é diferente de uma pessoa que vai no médico, vem com um problema qualquer, o médico medica, daqui um mês ele volta, daqui dois meses ele volta e o problema foi sanado, então, você tem um parâmetro muito concreto, no nosso caso não tem...”.

(E17) “... existe uma coisa assim, como é que a gente vai medir o trabalho de vocês?... uma vez eu também cheguei pro meu chefe, eu falei ‘olha, eu tive pensando, você não está me vendo trabalhar, não tem como, minha porta está fechada, como você vai medir? Então, você tem todo o direito de desconfiar, tem todo o direito de querer prova, de querer demonstrações mais concretas’, eu me pus no lugar, eu acho que deve ser muito chato ser chefe, uma coisa que jamais eu seria... é como ele mesmo fala ‘Qual é o medidor?’ É a comunidade...”.

A própria postura do psicólogo de falar “o que os outros gostariam” pode ser motivo de valorização do profissional ou de conflito com uma chefia mais rígida.

(E2) “... a direção é bem clara, assim, ocupa aquele espaço que lhe é colocado e esperado, nada mais disso [...] Do tradicional mesmo... do silêncio, da omissão de informações,... a população não precisa saber tanto, essa da gestão mais da direita, mais neoliberalista, [...] é mais forte na recente mesmo, acho que é influência das diretrizes macro, que ele obedece”.

(E8) “... na equipe, acho que o psicólogo é bastante valorizado, porque o psicólogo se posiciona, fala, diz o que pensa, é treinado nisso e, ajuda, em

reuniões gerais etc.; muitas vezes o psicólogo fala o que outros gostariam de falar...”.

Além da pressão por produtividade, o psicólogo também se vê como um “bombeiro” para outros funcionários e para a chefia, sendo solicitado a dar apoio, mas nem sempre o recebendo quando precisa. Mais uma vez, ele se percebe ocupando o lugar de limite daquilo que os outros não dão conta. Essa percepção parece ser justamente aquela dada entre o trabalho material e o imaterial. Quando a doença não foi encontrada, a dor não foi localizada e já se tentou de tudo para solucionar a aflição do usuário, mas sem êxito, o psicólogo entra com a fala e a escuta, as quais também têm seus modos de condução e seus procedimentos, mas que se baseiam, principalmente, em construir uma relação com a pessoa e não com partes dela. Ao mesmo tempo em que este tipo de atitude é vista por uns como forma de valorização da profissão é encarada por outros como uma função de “quebra-galho” e secundária, principalmente, em relação à classe médica.

(E1) *“... Olha, eu acho assim, é aquela que vai quebrar os galhos dos pacientes problemáticos que pintam lá na frente, que estão dando show, que estão dando problema, então é muito comum ‘ah, chama alguém da saúde mental!’ ... a gente é meio que segundo plano assim sabe, mas dentro do segundo plano, acho que a gente, a gente está no primeiro nível do segundo plano, porque o primeiro plano são os médicos, o segundo plano são os não-médicos...”.*

(E3) *“... eles chamam você pra trabalhar junto, mas no momento que você precisa de um apoio, seja por qualquer questão, uma violência exagerada, eu me sinto meio sozinha, parece que as pessoas não têm essa disponibilidade de estarem fazendo o processo inverso ‘ah, o psicólogo vai estar dando apoio pra equipe, então quando o psicólogo precisar, a equipe vai dar esse apoio’, eu sinto um pouco dessa solidão, de não ter esse apoio quando eu preciso”.*

(E15) *“... um pouco como bombeiro, tem alguém surtando, corre chamar o psicólogo, é interessante que nessa hora eles não chamam o médico, que é o detentor do poder...”.*

Tais tensões são agravadas pela distância entre o que é proposto e o que é praticado, por interesses políticos, pela falta de respaldo físico e material, pela falta

de equipes integradas e de retaguarda, por alguns casos crônicos que se perpetuam na UBS, e por um protocolo de produtividade ineficiente para a saúde mental, como já colocado anteriormente.

(E3) “... sempre tem uma reclamação de que a gente atende pouco, talvez, o ideal fosse fazer só grupos, mas numa sala deste tamanho não tem como você fazer grupo [...] o espaço não dá, o material não dá... eu tenho crianças autistas, que eu não tenho pra onde encaminhar, são essas crianças que estão comigo a cinco anos, [...] Eu acho que o posto de saúde deveria agilizar mais, deveria ser mais para psicoterapias breves para os atendimentos mais rápidos, ... se você for pegando muitos casos crônicos, vai fechando a porta de entrada da população...”.

(E5) “Eu acho que a gente tenta formar uma equipe, tem pessoas de uma qualidade de trabalho muito grande, mas o desgaste é muito grande pelo volume e pela dificuldade de estrutura e, principalmente, pela dificuldade de retaguarda,... a equipe dá conta de coisas que não é nem pra dar conta e acho que não dá conta de coisas que deveriam ser mais nossas, seriam mais prazerosas e teriam até uma abrangência maior, que é articular um pouco melhor a comunidade pra dar conta de algumas coisas em parceria...”.

Esta mesma entrevistada ainda aponta as discrepâncias das propostas políticas e da efetividade dessas propostas para o trabalho cotidiano.

(E5) “... não tem nenhuma proposta que venha da chefia para o trabalho, a gente passa um tempo inteiro apagando incêndio, uma coisa entre absurdos da administração e a demanda real que a gente tem; você sabe que é proibido colocar coisa pendurada na parede? Qualquer aviso, agora tem um quadro verde, outro dia eu soube da onde vinha, é muito interessante, é o programa japonês de diminuição do stress, bárbaro, mas não tem nada a ver com o que acontece aqui dentro,... agora veio uma ordem de que não pode mais ter fila de espera, às vésperas da eleição, a resposta tinha que ser imediata...”.

5.7 Determinantes institucionais

O que é chamado de determinante institucional são todos os fatores que exercem influência sobre o trabalho do psicólogo dentro da UBS. Isto inclui o contato e a relação entre funcionários, a construção de equipes multiprofissionais, a

comunicação interna e o respaldo que é dado às ações. É difícil estabelecer um critério de divisão entre o que é determinante institucional e o que é transversal, o qual corresponde a diversas outras influências que não estão diretamente ligadas à dinâmica institucional interna ao serviço, mas que também fazem parte de sua estrutura, como é o caso das políticas de saúde, das relações das categorias profissionais com seus respectivos Conselhos fiscalizadores e destes com as políticas públicas do setor. Por isso que se diz que o campo de análise é mais amplo que o de intervenção. Este fica restrito a um espaço específico, mas um único depoimento pode ser revelador de tudo aquilo que tensiona as relações institucionais e ao mesmo tempo as colocam em movimento. O que foi discutido até então não deixa de representar a relação conflituosa de determinantes e, os depoimentos, dispositivos que os revelam ou os ocultam.

Em relação formação de equipes multiprofissionais, já foi mencionado nesse estudo que, apesar das iniciativas para que haja mais espaços de troca, estes ainda são escassos e precisaria de incentivos que os garantissem efetivamente. Um dado importante foi que ao longo das entrevistas, ao invés de se perguntar como se dava a relação com a *equipe multiprofissional*, como vinha sendo feito, optou-se por mudar a pergunta para a relação com *outros profissionais*. Isto porque foi observado que algumas entrevistadas estavam considerando como equipe multiprofissional somente os profissionais de saúde mental, o que é confirmado pelo depoimento de uma delas, que também já trabalhou em ambulatório e relata esta diferença de atuação e a dicotomia entre saúde mental e saúde física em UBS. Da mesma forma que Teixeira (2009) fala da dificuldade do médico em lidar com o sofrimento para além da patologia, para esta participante o psicólogo em UBS também trabalha muito sozinho e a saúde acaba se resumindo ao fator emocional.

(E6) “... na UBS eu sinto que a gente fica um pouco mais fechado, a questão da saúde vista só como a questão emocional, psíquica, eu não consigo entender dessa forma... saúde é isso, é o físico, é o mental, é o social, a questão da ocupacional, do trabalho [...] em ambulatório de especialidades é muito diferente,... é um trabalho que funciona mais em conjunto, não dá pro psicólogo trabalhar sozinho como eu me vejo trabalhando na UBS...”.

Muitas vezes, o que é chamado de equipe multiprofissional também se refere apenas ao ajustamento de ações e de diferentes categorias profissionais e não a um trabalho construído conjuntamente. Às vezes, o olhar integral sobre a saúde corresponde à identificação do que a pessoa precisa e aos encaminhamentos necessários garantindo, na melhor das hipóteses, que o usuário seja atendido por outros profissionais e/ou equipamentos da rede.

(E1) *“... a gente tem um trabalho de atenção integral à saúde da criança, a gente atende mães de bebês de zero a um ano de idade, aí, esse tem pediatra, a fono, assistente social, psicólogo e terapeuta ocupacional... cada profissional tem o seu dia,..., mas os profissionais não se encontram pra avaliar o projeto [...] no corredor, você troca umas figurinhas... porque você tem um bando de paciente pra atender... então, a coisa vai rolando”.*

(E8) *“A equipe é multiprofissional no sentido de que os pacientes têm diversas palestras, o dia da palestra da psicóloga é só da psicóloga, o dia da T.O. é só da T.O., o dia da enfermagem é só da enfermagem...”.*

(E12) *“... existe uma equipe multiprofissional, que se reúna? Não, não existe, nem dá tempo por causa da questão do agendamento, da produtividade... mas existe sim a preocupação, e cada vez mais, do cardio estar junto comigo, eu estar junto com o cardio,... esse entrosamento eu acho que é perfeito e que existe,... e antes isso não existia, a equipe multiprofissional, multidisciplinar aqui, a priori, não existe a não ser do Programa de violência,..., alguns Programas restritos,... obesidade, diabete, aí tem todo um trabalho voltado pra isso...”.*

Alguns obstáculos na integração das equipes e na fluidez da comunicação estão ligados novamente à postura e troca de chefias, e a constantes mudanças de prioridade das políticas de saúde, que dificulta não só o trabalho multiprofissional, mas uma etapa anterior, que é a formação de equipes para que haja qualquer possibilidade de que ações integradas sejam realizadas. Além do mais, outro fator diz respeito à preferência do profissional em atuar sozinho.

(E1) *“... tem um bando de gente que não gosta de trabalhar em grupo, tem um bando de gente que tem medo de trabalhar em grupo, porque você se expõe em grupo... a chefia muda de uma hora pra outra, com a coisa mais sem cerimônia*

possível... aquele novo chefe chega e fala assim ‘... é o seguinte, a produção é importante, entende, então vai ter que atender...’.

(E2) “... não tem esse espaço, assim, de cima pra baixo, vamos garantir o espaço de discussão de caso, eu já tentei umas três vezes fazer entre nós,..., não consegui [...] se a própria chefia também não vê importância nisso e tem uma certa resistência, isso pesa tremendamente na cabeça de alguns funcionários..”.

(E10) “... quando definitivamente acabou o PAS a Marta implantou o SUS, todo mundo tinha que voltar pra sua UBS de origem,... na época eu peguei e fiz uma permuta com a pessoa que estava aqui... e aí as fonos daqui foram embora e não sobrou ninguém [...] desde 2001 a equipe de saúde mental ficou restrito a mim,... desmanchou tudo e aí eu fiquei sozinha...”.

(E17) “... nós éramos uma equipe completa, nós éramos em quatro psicólogos, isso há muitos anos atrás, olha que preciosidade... aí vem essas diretrizes, desmantela tudo, então, é uma vivência de uma angústia constante, onde a população fica muito frustrada e carente, a gente faz muito pouco do que deveria ser feito e a gente fica muito frustrado, porque a gente se sente sugado e, ao mesmo tempo, você gostaria de oferecer muito mais, você se entusiasma [...] o possível é muito longe desse ideal, quando se trata de instituição”.

Quanto aos incentivos de integração das equipes e de mais espaços de troca, muitas são as propostas que podem ser pensadas e implantadas. Um delas passa por uma nova forma de reestruturar a organização dos serviços, a qual tem sido um obstáculo para o contato entre profissionais e para a realização de um trabalho integrado.

Em relação aos médicos, pelo fato de serem muitas as especialidades, o contato profissional foi mais ou menos freqüente a depender da área, mas ainda assim é com este profissional que as psicólogas estabelecem mais contato, principalmente com pediatras, clínicos gerais e ginecologistas, o que já era de se esperar, uma vez que a principal demanda para a psicologia é de crianças e mulheres. Contudo, isto não quer dizer que sejam com quem mais realizam ações conjuntas, pelo contrário, por ser o médico um “agente privilegiado” (Albuquerque, 1978) na UBS, ao mesmo tempo em que lhe é exigido cumprir uma alta produtividade em consultas, também lhe é possibilitado exercer aquilo que o caracteriza como médico: a prática clínica individual, em que o trabalho integrado não é colocado como prioridade.

(E1) “... é difícil fazer trabalho multiprofissional, porque a gente precisa de bastante reunião pra chegar num acordo do projeto, do que um pensa, do que o outro pensa, do que um quer, do que o outro quer, do objetivo do trabalho; essas fases, em geral, são queimadas, a gente não tem isso dessa forma, principalmente com médicos ... eles entram, atendem, vão embora, a maioria não está muito a fim de ficar... nem sempre ele pode tirar um período da agenda dele pra fazer reunião por causa de um trabalho multiprofissional...”.

(E2) “... contato mais de casos com a fono,... nutricionista,... médico, uma vez ou outra, eu discuto casos, mas assim, a gente se encontra no corredor... mas teve época que eu ia até a porta, batia, conversava, mas a recíproca não foi verdadeira...”.

Depois dos médicos, as psicólogas têm mais contato profissional com quem consideram ser integrantes da equipe de saúde mental: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e com outros psicólogos. Apesar de o psiquiatra ter sido incluído nesta equipe, quase não está presença nas ações integradas; por exemplo, ele é o único que não participa do acolhimento em saúde mental, ausência esta justificada pela escassez desse profissional na rede de saúde pública. Segundo uma entrevistada, os psiquiatras também aproveitam a falta de clareza sobre referência e contra-referência em saúde mental para criarem estratégias que aliviem sua sobrecarga de trabalho.

(E7) “... aqui a gente estava meio lidando, ‘se faz seis meses, saiu do hospital psiquiátrico, é tentativa de suicídio é pra CAPS’, mas a pessoa está legal, não é pra CAPS no momento, então é pra cá, então, tem coisas que não estão bem calibradas lá e nem aqui [...] porque tem dois psiquiatras no CAPS e tem um psiquiatra aqui, então, fica um jogo de empurra, porque os dois lá ficam sobrecarregados e a daqui também fica, então, pra elas nada mais óbvio, egresso de hospital ou tentativa de suicídio, não importa o que for, é pra lá, por quê? Porque eu tenho que dar um jeito de aliviar a minha...”.

Já o contato com enfermeiros e dentistas foi citado como pouco frequente e o motivo recai sobre uma visão de que o trabalho de ambos não influencia nas ações da psicologia e vice-versa, o que pode se constituir em um equívoco, que impede a construção de ações em comum. A equipe de enfermagem, por exemplo, tem funções específicas, mas também realiza grupos educativos, os quais podem incluir o psicólogo. A tendência talvez seja de aproximação entre estas duas áreas através do

PSF. Por enquanto, o que ocorre é uma busca da enfermagem pela psicologia ou porque algum usuário está “chorando” ou para obter alguma ajuda pessoal.

(E4) “... a enfermagem eu acho que é a que está um pouco mais distante mesmo da gente,..., elas ficam no outro piso e as minhas atuações não dependem da enfermagem e, às vezes a enfermeira: ‘tem um mulher lá que está chorando tanto, é mãe de uma paciente sua, dá pra você conversar com ela?’ ... elas vêem muito procurar ajuda profissional mas a nível pessoal...”.

(E17) “... eu tenho contato com todo mundo, agora eu tenho mais vínculo com a assistente social, com as enfermeiras, muito, porque elas que vão na casa das pessoas, elas que me trazem as notícias,... auxiliares de enfermagem, a gente não consegue ter tanto contato com elas, uma das maneiras que eu achei foi de tomar água junto com elas, [...] aí quando você vai, sempre aparece um caso...”.

Outra iniciativa de integração seria fazer dos espaços de reuniões gerais, momentos de co-gestão do serviço, onde não somente se informasse mudanças político-administrativas, mas também se discutisse a organização do trabalho, os problemas existentes e as maneiras de enfrentá-los em conjunto. Também poderiam existir espaços reservados a reuniões técnicas, em que os casos fossem discutidos e planejados entre os profissionais envolvidos e, no atendimento ao usuário, fossem negociadas as estratégias propostas. Segundo algumas entrevistadas, a comunicação interna ocorre principalmente através de reuniões e as principais falhas estão na inexistência desses espaços ou no subaproveitamento dos mesmos. A maioria não tem reunião geral ou só a tem eventualmente, e quase metade delas não realizam reunião técnica.

(E3) “... eu acho que a comunicação acontece, quando a gente tem essas reuniões, se elas forem extintas aí pode ser que tenha um médico lá que eu nem conheça,..., como era no modelo antigo, tinha médico que eu sabia o nome, mas que eu não tinha a menor idéia quem ele era, como ele trabalhava...”.

(E13) “... as reuniões gerais que têm aqui é mais pra passar informes... Não sinto que tem assim uma reunião geral, pra gente discutir casos, pra gente trocar, pra gente evoluir, enquanto profissional...”.

Por isso, apesar da comunicação interna ser considerada boa, as participantes ainda identificam muitos problemas a serem resolvidos.

(E2) “... a comunicação informal é maior, mas não é aquela informal que você aprende na organização o que é importante pra organização [...] existe um abuso do informal... não é adubo, você tem muito material, mas que pouco você colhe...”.

(E15) “... eu acho que essa comunicação tinha que estar muito afinada com o pessoal administrativo, da enfermagem, serviço social, saúde mental, área médica, mas a comunicação não circula, é tudo compartimentalizado, então, um não fica sabendo o que acontece na outra área, dentro do mesmo espaço físico e do mesmo horário de trabalho... do mesmo período, então, às vezes, me parece que aqui é um consultório...”.

(E17) “... na realidade, a gente fica aqui meio portas fechadas, que nem consultório e um não vê o outro, muitas vezes, eu recebo bilhetinho no ponto, das médicas, ou no corredor a gente se encontra,..., então, tem uma comunicação muito próxima, mas o contato de sentar e discutir sobre aquele caso é raro, cada um corre de um lado”.

Outras tentativas são buscar formas de integração fora do serviço, como no Fórum de Saúde Mental e na Rede de Paz ou através de algumas propostas políticas recentes, como o apoio matricial ao PSF, que propõe a co-responsabilização das ações. A participação no Conselho Gestor, apesar de ainda mobilizar poucos psicólogos, também é um importante espaço de questionamento do instituído e de tomada de decisões. Uma das entrevistadas ainda coloca sobre a necessidade da gerência ser treinada para trabalhar com a comunicação institucional.

(E15) “... acho que tinha que ter um treinamento com gerentes de posto de saúde com o objetivo de trabalhar especificamente a comunicação e que eles conseguissem ver a importância da comunicação numa instituição,... quando uma relação adocece, a primeira coisa que adocece é a comunicação, isso é um sintoma de algo que acontece, mas essa visão ninguém tem não...”.

O Quadro 10 exhibe os profissionais referidos pelas entrevistadas como sendo da equipe geral e da equipe de saúde mental da UBS.

ser do tipo agrupamento ou integração. As principais características da primeira são ações fragmentadas, em que os projetos de assistência são feitos de forma independente em cada área. Já na segunda, os agentes interagem e há complementaridade e colaboração nas ações para um projeto comum.

Como se verá a seguir, pelos depoimentos é possível afirmar que quanto às questões de organização geral dos trabalhos na UBS, as psicólogas apontam para a falta de condições de trabalho cooperativo e integrador tal como seria o da equipe multiprofissional. Mas quando se examina os depoimentos no que diz respeito à atuação individual dos psicólogos, uma ambivalência ao trabalhado em equipe se manifesta, diante da valorização ainda presente da autonomia na prática clínica.

Do ponto de vista das condições gerais de trabalho, são inúmeras as dificuldades que impedem com que tais ações aconteçam de forma efetiva. Primeiro, existe a própria formação profissional: médicos, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais dentre outros são preparados para atuarem em espaços fechados que, de preferência, se resumam à relação dual entre profissional e usuário. Segundo, a diversidade de demanda, a qual deveria facilitar o trabalho conjunto devido seus múltiplos fatores e complexidade, na verdade, faz com que o profissional fique sobrecarregado e tente dar conta sozinho do que é possível. Cada um “corre de um lado”, se fecha em seu “consultório” e raramente conseguem encontrar espaço para conversar e trocar. O que se torna impossível ou limitante, frustra e, em alguns casos, adoece e, geralmente, é atribuído a questões institucionais como pressão por produtividade; mudanças constantes de chefia; políticas de saúde; a forma que o serviço está organizado, e a falta de respaldo ao trabalho, o qual faz parte de todo esse movimento e afeta a qualidade do serviço prestado e as tentativas de se atingir os princípios do SUS de universalidade, equidade e integralidade das ações.

A grande maioria das entrevistadas não se sente respaldadas em seu trabalho e as principais reclamações estão relacionadas à falta de material, de espaço físico, e de supervisão de casos clínicos. A falta de material é suprida por doações ou pela compra de brinquedos e jogos feita pelas próprias profissionais. Já a falta de espaço adequado para atendimento e de supervisão estão relacionadas a fatores ligados à

ética profissional (sigilo e privacidade) e a uma visão tradicional do que deveria ser a formação para o atendimento clínico.

(E8) “... Psicólogo precisa mais privacidade, é diferente,... acho que pra assistente social, pra enfermeira é menos, ah, uma interrupção quebra menos a concentração,... o psicólogo trabalha com a relação, ele pega a pessoa em momentos que ela está se abrindo, falando de coisas muito, muito íntimas, ela tem que parar quando entra alguém... acho que o psicólogo sente mais falta de um atendimento com privacidade, com sigilo”.

(E10) “... é tudo muito precário, em todos os sentidos, desde a estrutura física, do espaço físico; quando eu falo isso, eu não estou falando desta Unidade, eu estou falando do meu percurso ao longo dos trinta anos,... não temos material adequado... pressão pra atender um número cada vez maior de pessoas sem respeitar as condições e sem respeitar a nossa responsabilidade enquanto profissional, a nossa ética,..., então a gente tem que estar sempre lutando pra manter a qualidade do nosso trabalho, essa é uma luta pessoal nossa de cada profissional”.

(E13) “Posso dizer pra você que tudo que eu tenho aqui foi herdado não sei nem de quem,... na verdade, da Secretaria propriamente dito eu não recebi material nenhum, embora tenha pedido...”.

(E15) “... eu acho que está muito legal essas discussões que estão acontecendo,..., o Centro de Referência e Políticas Públicas lá do CRP, o profissional do CAPS, o profissional da UBS, ... levar realmente essa discussão pro CRP, porque eu vejo do jeito que está hoje, seja na periferia, seja na região central, aquele item do Código de Ética do psicólogo que fala ‘o profissional deve se recusar a trabalhar em condições ruins’... é também bonitinho na teoria, porque a gente só trabalha assim quase...”.

A expectativa de respaldo de algumas entrevistadas ainda está muito centrada na prática clínica liberal – cuja autonomia permite adequar o consultório da forma que melhor convém ao profissional –, e na formação que lhe é esperada, que inclui supervisão de casos e psicoterapia pessoal. Mas existe certa contradição naquilo que as entrevistadas esperam de seu trabalho em UBS e no que reivindicam para realizá-lo. Se até então o ideal de atuação era estar fora do serviço realizando ações de prevenção e promoção, ter como principal reclamação a falta de uma sala de

atendimento as mantém dentro do serviço. Ao mesmo tempo, sabe-se que a prática clínica, embora modificada, continua sendo a principal atuação não só do psicólogo, mas de outros profissionais em atenção básica, isto porque também é uma expectativa institucional sobre qual é o papel e o lugar de cada profissional naquele espaço, cuja base é o modelo de consulta médica conforme já colocado. Como disse uma entrevistada, o respaldo ocorre se não for pensado em termos “utópicos”.

(E8) *“Se eu não pensar em termos utópicos (risos), eu me sinto respaldada e acho que tem mais é que me sentir, porque essa história ‘eu serei uma boa profissional se eu tivesse sala, se eu tivesse teste, se eu tive..., ninguém interrompesse’ pode ser lindo, ser verdadeiro, mas não funciona, então eu me sinto respaldada sim...”*

(E12) *“... o psicólogo é diferenciado no sentido que ele precisa de uma supervisão e precisa de uma terapia muito mais do que outros profissionais da área médica,... porque a responsabilidade dele é muito grande, ele não pode o tempo todo ficar perdido ou não ter a condição de estar pagando a sua terapia e por isso ele não poder fazer e prejudicar o atendimento dele... e a supervisão é uma coisa que sai cara e a terapia também,... a supervisão precisaria ser alguma coisa mais sistemática, a gente já teve isso, parou”.*

(E14) *“... se eu fosse fazer a sala do jeito que eu quero teria que ter assim, até casinha, coisas que eu tinha no consultório,... mas em geral a gente tem um material razoável, a sala é muito inadequada pra fazer atendimento psicológico, mas é o que a gente tem [...] Porque eu não atendo ninguém atrás de uma mesa, eu quero uma poltrona,... eu não quero uma pia feia dessa, um armário feio desse (risos), maca, imagina,... eu tinha coisa bonita, super adequada,... isso é consultório médico...”*

No entanto, a atuação em UBS ou é relacionada a uma autonomia próxima à prática liberal, ou a um abandono profissional, em que cada um faz o que quer, “é muito solto”, não havendo nem orientação nem avaliação do processo de trabalho. Há uma separação entre teoria e prática e os que estão “em cima” e “pensam” as políticas de saúde postulam certas normas e regras muito distantes da prática de quem está “embaixo”, na assistência. Como os processos decisórios são compartimentados, o que chega ao serviço é visto como sem sentido e cada um acaba fazendo o que considera mais adequado ao seu trabalho.

(E3) “... no posto de saúde, depende muito mais de você; se o teu trabalho for bom, você tem um bom resultado, se teu trabalho for ruim, você vai ter um monte de problemas que você vai ter que resolver e eu gostei dessa maior liberdade pra trabalhar do jeito que eu queria e a responsabilidade também é mais sua,... ninguém vem ver se você está atendendo direito ou não, só vê as consequências,... eu gostei dessa situação de ser mais dona do pedaço...”.

(E4) “Eu me sinto bem respaldada aqui, saiu daqui,... aí não tem respaldo nenhum, eu sempre disse que a gente no serviço público trabalha com uma total liberdade e abandono, você faz o que você quiser, você atende quem você quiser, por quanto tempo você quiser, ninguém também te orienta, ninguém te socorre, ninguém te dá respaldo de supervisão, se vira, ou seja, criativo, boa sorte, adeus... não tem uma avaliação se o serviço está a contento, se você está resolvendo, ou se você está precisando de ajuda pra resolver,..., acho que a gente está muito solitário aqui...”.

(E5) “... tem muita gente no gabinete pensando o que deve ser feito sem ter a menor idéia do que está acontecendo na prática, então vêm umas ordens sem pé nem cabeça pra gente e no final das contas cada um faz o que quer, as pessoas ficam bem soltas,..., tem muita gente pensando, mas na prática a gente tem uma estrutura muito ruizinha para estar dando conta do que a gente acredita...”.

Gestões políticas municipais foram lembradas como tendo contribuído mais ou menos para o respaldo profissional através de cursos, supervisões e recursos materiais. O governo Erundina foi recordado com saudosismo, enquanto o de Maluf com revolta e desesperança devido ao PAS. Atualmente, a implantação das equipes de apoio matricial pelas Organizações Sociais (OS) tem sido vista com receio, por não deixar claro o que será feito dos profissionais vinculados ao serviço público de saúde presentes nas UBS. Devido às constantes mudanças na implantação das políticas de saúde, há sempre uma ameaça de que os profissionais sejam deslocados a qualquer momento para qualquer lugar sem serem avisados conforme ocorreu durante o PAS.

(E7) “... a Prefeitura é bem capaz de começar o NASF e ninguém avisar, [...] às vezes a questão do respaldo tem um certo, deixar o barco meio correr...”.

(E13) “Aí veio o PAS [...] de uma Unidade Básica de Saúde eu fui trabalhar numa biblioteca... eu já tinha dezoito anos quase de Prefeitura, a minha vontade, na época, era jogar tudo pro alto,... foi um caos pra todas as pessoas que estavam na área da saúde..., eu acho que foi uma violência em relação aos profissionais e foi uma violência em relação a quem nós atendíamos, porque eu não tive o tempo

suficiente de trabalhar um desligamento..., você trabalha com vínculo principalmente e aí você foi embora...”.

(E14) “... na gestão do Serra... vamos mudar tudo, porque eles não querem contratar novos psicólogos, então eles resolveram dizer ‘ah, então vai uma turma de psicólogo nessa Unidade, outra turma naquela...’ e o povo que se dane pra andar pela cidade...”.

(E17) “... desde que eu pus os pés na Prefeitura, há sempre uma ameaça, um fantasma, de que, de repente, você não vai estar mais ali, de que, de repente, não é mais nada daquilo e que, de repente, mesmo você tendo prestado um concurso público você pode trabalhar do outro lado de São Paulo e vão te pressionar a pedir demissão [...] depois daquela equipe, saudosa equipe, já percebeu que eu falo direto da Erundina, não teve muito mais oferta de cursos [...] supervisão, também naquela tal da outra época a gente tinha,... aqui existiam três supervisores [...] a gente pagava, mas era pouquinho, porque os supervisores eram envolvidos com a nossa causa pública... agora, supervisor pago pela Prefeitura, até agora não conseguimos, surge alguns pingados em determinadas áreas específicas por muito pouco tempo, pra segurar é duro, a gente não tem respaldo nenhum, na verdade, de nada”.

Nos Quadros 11 e 12 estão os locais para onde as entrevistadas foram “exiladas” durante o PAS – já que nenhuma delas aderiu ao Plano –, e suas principais reivindicações em relação ao respaldo profissional.

Quadro 11 – Alocações das entrevistadas durante o PAS

Secretaria da Saúde	Outras Secretarias/Áreas
DST/aids Álcool/drogas Programa do Adolescente/ Saúde do Deficiente/ UBS atual	Esporte Recursos Humanos Biblioteca/ Programa de Reaproveitamento de Pessoal

Quadro 12 – Principais reclamações quanto ao respaldo profissional

Material de trabalho
Estrutura/Espaço físico
Supervisão de casos
Cursos
Grupo
Visita Domiciliar/Atividade Externa
Comunicação/Avaliação/Reunião/Produtividade/Psicoterapia Pessoal/Supervisão técnica da Prefeitura

A visão negativa que as entrevistadas têm sobre o respaldo institucional faz com que o trabalho de qualidade seja visto mais como um ideal a ser atingido. Pelos depoimentos, o que depende somente do profissional é visto como sendo de qualidade e, geralmente, o que dificulta está dado institucionalmente. Neste caso, uma série de reivindicações é possível a depender do que cada uma considera como necessário à realização de um bom trabalho, e passa pela formação e avaliação dos profissionais; postura do próprio psicólogo, o qual deve respeitar o usuário, atendê-lo bem e ter uma disponibilidade interna à escuta e ao não julgamento, e pela contribuição para que os usuários saibam de seus direitos e exerçam ativamente seu papel de cidadão, demonstrando que um trabalho de melhor qualidade não ocorre somente através do desempenho profissional, mas pela co-responsabilização de todos.

(E2) *“É você dar a maior informação possível que você possa pro paciente... o psicólogo está trabalhando com construção de cidadania, se você não vê isso, você não está vendo o alcance da Psicologia...”*.

(E4) *“... eu acho que tinha que ter um planejamento melhor do que se espera, do que é necessário fazer em termos de saúde mental na região, tinha que ter estudo,... quantos profissionais a gente precisa, como que a gente prepara esses profissionais, como que acompanha, como que supervisiona e, como cobra do profissional que não faz,... é possível se falar qualquer coisa...”*.

(E7) “... acho que um trabalho de qualidade passa pelos cursos que nós já fizemos,... a gente fazer supervisão eu acho que é parte desse trabalho de qualidade ainda mais em saúde mental,... faz tempo que eu acho importante me avaliar, mas é muito difícil você sozinho fazer isso... acho que faz parte do trabalho de qualidade, isso também não tem acontecido tanto, que é reuniões,... tanto pra discutir casos... mas pensar mais geral...”.

(E8) “... o trabalho de qualidade é isso, uma boa relação, respeito à individualidade, respeito às características”.

(E10) “... enquanto profissional, enquanto ser humano, manter a disponibilidade interna, que eu vejo que é o principal instrumento do psicólogo,... não adianta ele ter mil teorias e mil diplomas se ele não tiver disponibilidade na hora da escuta, ouvir aquela pessoa sem julgar...”.

(E17) “... as coisas são muito mais feitas em função de questões políticas, eleitoreiras etc. do que de fato visando suprir a necessidade das pessoas; eu acho que se um dia existir de fato isso, vai existir esse espaço que a gente quer...”.

O trabalho do psicólogo é essencialmente imaterial. Ser mais acolhedor de formação, ter disponibilidade interna, saber gerenciar conflitos, saber ouvir, saber trabalhar em equipe, agüentar o choro, o sofrimento, a angústia são apenas alguns exemplos do que foi dito pelas entrevistadas e remete ao que pode ser sua especificidade, ou seja, esse algo não localizável, que se faz presente na relação, a qual, só pode ser passível de intervenção quando o psicólogo se coloca nesse *entre*, que não o impede de viver a relação, mas que também o permite agir sobre ela. É por isso que não há neutralidade total e é possível desenvolver um espaço acolhedor e um senso de não julgamento. Unido a isto se faz necessária uma formação que não invista somente no caráter técnico do trabalho, mas também no caráter humano do profissional. O psicólogo precisa unir estes dois componentes para realizar ações que contribua com a saúde de quem está sendo atendido e com a sua própria saúde mental, pois este profissional faz de si seu instrumento de trabalho. É neste sentido que o seu trabalho se faz potencialidade nos dias atuais, quando se pensa justamente a integração desses dois fatores nas ações de qualquer profissional de saúde.

Não se deve esquecer que a atuação do psicólogo na saúde também está regida pelos princípios do SUS e o profissional deve estar atento para fazer de suas ações uma forma de atingi-los. Tudo o que foi dito em relação às necessidades

gerais das áreas de abrangência, ao fator social e à condição socioeconômica dos moradores; em relação às mudanças constantes de chefia e das políticas, da falta de integração das equipes, da pressão pela produtividade e pelo atendimento de uma demanda crescente, do respaldo profissional e da qualidade do trabalho influenciam na possibilidade de um acesso universal e igualitário à saúde e na integralidade das ações. Segundo as entrevistadas, são estas as principais barreiras que elas encontram, apesar de fazerem o possível e concordarem que a psicologia sozinha não dará conta das questões referentes ao SUS, mas sim um conjunto integrado de políticas sociais que realmente tenham como prioridade o direito de todos ao acesso à saúde e o dever do Estado em se fazer cumprir esse direito.

(E1) “... a gente procura dar prioridade para os casos mais urgentes,... e a gente toma um baita cuidado, é uma super dificuldade para definir isso... definir o que é gravidade é uma coisa ainda meio complicada, não é muito fácil, agora, todas as pessoas têm direito,... psicólogo é caro pra burro minha filha, quem é que tem dinheiro pra pagar psicólogo, ninguém tem...”.

(E2) “... é integral, desde que você garanta o atendimento dele,... e realizo e conduzo pra que isso seja garantido e garanto isso,... sempre é uma questão da resolatividade, você busca caminhos que vão em conta da necessidade do paciente e chega até o fim onde ele quer...”.

(E2 sobre a regionalidade) “...regionalidade está sendo desrespeitada porque na questão de marcação de exames,... Eles abriram vagas... pra cidade de São Paulo inteira, então, quando você quer fazer um ultrassom, se tiver lá no Pari, no Tremembé, você vai lá e eles pra cá... as pessoas não vão, preferem ficar esperando quando surgir uma aqui pra ir...”.

(E4) “... eu não consigo atender todo mundo, eu sei que não é todo mundo que consegue vaga,... e aí eu não acho que é um problema da psicologia, eu acho que é um problema da saúde pública, eu não vou resolver o caso atendendo todo mundo que bate aqui, porque está faltando muitos psicólogos,... porque o SUS, ele tem leis muito bonitas, democráticas, mas tem uma estrutura muito capenga...”.

(E8) “... parece simples ser universal, integral, mas não é tão simples, se a pessoa não pode chegar pelo preço da condução, se a pessoa não pode chegar porque não tem licença no trabalho pra vir, então, não fica tão universal e integral...”.

(E10) “... o psicólogo, ele não tem essa autonomia que seria necessária pra atingir esses princípios do SUS,... eu acho que o psicólogo faz o melhor que pode,... a gente está sempre estudando e correndo atrás de novos recursos...”.

(E14) “Eu acho que está perdendo isso,... porque o trabalho que é feito nas UBS, que é o de tratamento está ficando defasado, porque eles não contratam profissionais,... e ficam só no pronto socorro, na emergência, que são as AMA e os PS... o acesso está sendo dificultado...”.

Como uma importante forma de garantia de direitos, o controle social também foi citado por algumas entrevistadas que eram ou representantes e suplentes dos funcionários no Conselho Gestor da UBS ou havia conseguido manter seu emprego devido a reivindicações dos representantes dos usuários. Apesar das dificuldades em se fazer cumprir a participação da população nas decisões sobre as políticas de saúde, algumas comunidades conseguem se organizar e exercer seu poder deliberativo e já é possível presenciar a participação de psicólogos nesses espaços mesmo que de forma insipiente.

(E2) “... o controle social, a gestão popular não está sendo respeitada por uma implantação efetiva do SUS,... pessoas pensantes, usuário pensando junto em como administrar, como gerenciar... isso não é bem-vindo pra essa gestão, quem pensa é o diretor, não é a população...”.

(E17) “... a um ano atrás já tentaram me tirar, a população fez um abaixo-assinado, eu nem sabia, questões assim, de que está precisando mais em outro lugar, então, a gente fica meio como um objeto, nós somos um número,... agora com a vinda da AMA, a AMA falou que não queria psicólogo e eu comuniquei,... foi uma revolução na reunião, eles colocaram em ata que de jeito nenhum, que eles nem iriam fazer abaixo-assinado, porque já estava sacramentado a necessidade do psicólogo aqui e que eles não iam perder mais ninguém e que eu não sairia e ponto final, fizeram votação e eu permaneci, de novo, ... o vínculo é muito quentinho, é muito bom [...] nem sabia assim desse poder do Conselho Gestor, eu estava meio por fora, mas eles têm um baita poder, eles determinam coisas, tem que passar por eles toda autorização, inclusive de gastos de verbas, a chefia tem que pedir...”.

6. Reflexões sobre a atuação em UBS

Esta última temática de análise contém um apanhado geral de como as entrevistadas vêm sua trajetória na saúde pública: a formação para este tipo de trabalho, os pontos positivos e negativos da atuação em UBS, suas expectativas na área, e as perspectivas para o psicólogo na atenção básica à saúde. Constituiu-se numa oportunidade de retomar suas falas e identificar o que da graduação, de toda a experiência profissional e dos desafios enfrentados no serviço público contribuiu para que a psicologia enquanto profissão fosse reconhecida socialmente e se mostrasse não como estagnada na prática liberal, mas em constante movimento e luta através de profissionais que ora se faziam instituídas, ora instituintes e que estavam sempre “indo em busca”. Psicólogas que também vivenciaram conflitos contraditórios expressos pela tom exaltado ou cauteloso da voz, pela indignação, pelo choro, pelo silêncio e pelo pedido de que algumas informações fossem mantidas na posição do não-dito.

Para a maioria das entrevistadas foi a prática que as preparou para trabalhar na saúde pública. Contudo, o risco de uma prática sem embasamento teórico que pode levar a ações pouco adequadas e realizadas sem crítica, não foi o que se constatou nesse estudo, primeiro porque parte das entrevistadas disseram que a formação contribuiu justamente através do arcabouço teórico; segundo, porque ao entrar no serviço público de saúde e perceberem seus limites de conhecimento teórico-prático, buscaram novas maneiras de se atualizar para atender às necessidades que se colocavam a sua frente. Teoria e prática foram construídas numa relação dinâmica ao ritmo do movimento institucional e só foram percebidas como separadas através dos limites revelados pelo processo de trabalho.

(E3) “... tem que se adaptar muito ao que está no livro, você chega com aquela teoria toda bonitinha aqui, folha em branco e não sei quanto por não sei quanto, lápis não sei que lá, aí você chega aqui (risos), tem cinco crianças e quatro lápis (risos), você tem que ser muito criativa, estar muito disponível pra resolver esses problemas...”.

(E10) “... da época que eu me graduei, isso foi a muitos anos atrás,... o que a gente aprendia,..., era dissociado da realidade do serviço público de saúde, ... de verdade, só quando eu tava fazendo o meu curso de especialização, eu já tava formada, vários anos,... foi onde eu vi uma teoria que se aproximava da prática, porque antes a teoria era muito distante da prática...”.

Contraditoriamente às críticas, algumas entrevistadas disseram que, por um lado, a faculdade preparou para a atuação em UBS justamente porque a ênfase era dada à prática clínica tradicional. Por outro lado, o não preparo se refere a pouca ênfase dada a esta área, uma vez que neste serviço se exige, principalmente, este tipo de intervenção.

(E8) “... eu atendi muito na minha formação e as colegas também atendiam,... ela deu bastante oportunidade de formação, bastante supervisão, bons professores...”.

(E15) “... o trabalho, essencialmente clínico não, nem um pouco, porque não era esse o ponto forte da faculdade que eu estudei, mas eu me senti respaldada pra ter uma atuação mais em Psicologia Social, porque o ponto forte da faculdade onde eu me formei era a antipsiquiatria, então, Basaglia, Bleger, Pichón...”.

Mas considerando que o atendimento clínico se refere a apenas um tipo de prática realizada em UBS, a qual deve ser pensada como um serviço que atende uma área de abrangência específica e que envolve a intervenção de profissionais com diferentes saberes e ações, houve necessidade de outros aprendizados que não foram trabalhados durante a graduação.

(E6) “... a faculdade me preparou pra fazer qualquer coisa,... essa disponibilidade eu acho que eu devo a minha formação de conseguir me adaptar, mas não acho que me deu fundamentação necessária pra trabalhar no serviço público, na Saúde Pública... eu fui buscar, fui fazer curso, fui fazer supervisão, fui fazer grupo de estudos, por conta do que eu achava necessário que o trabalho estava exigindo...”.

(E17) “... eu acho que você vai aprender é na raça e é fazendo cursos, quando eu entrei, por exemplo, choviam crianças com problemas pedagógicos, eu fui fazer Psicopedagogia,... eu me assustei,... eu fiz Clínica, eu não fiz Educacional... pra mim, pelo menos, faltou”.

O mesmo se pode dizer de disciplinas e áreas do conhecimento que, segundo as entrevistadas, são fundamentais para a atuação do psicólogo na atenção básica à saúde. Dentre as mais citadas estão filosofia, sociologia e antropologia, que já eram oferecidas no currículo de psicologia. Contudo, teorias sobre grupos/dinâmica de grupo, saúde pública e trabalho em instituição foram colocados como importantes, mas praticamente inexistentes na graduação. Além dessas, a citação de uma série de outras áreas do saber e também de áreas práticas pode dar um parâmetro tanto da diversidade do trabalho em UBS e da complexidade que passa a ter a formação profissional a partir do momento que se amplia o conceito de saúde para o campo biopsicossocial, quanto das mudanças que foram ocorrendo na percepção das entrevistadas em relação à sua atuação e do preparo dado durante a graduação. O quadro 13 mostra as principais áreas do conhecimento citadas como fundamentais à atuação do psicólogo em UBS.

Quadro 13 – Disciplinas e áreas do conhecimento citadas como fundamentais para a atuação do psicólogo em UBS

Sociologia	Arquitetura e Urbanismo
Filosofia	Movimentos sociais
Trabalho com grupo	Linhas psicológicas
Saúde Pública	Esporte
Antropologia	Literatura
Trabalho em instituição	Cinema
Noções de psicologia e comunidade	Música
Psicopatologia	“bom-humor”
Trabalhos manuais (Terapia Ocupacional)	Arte e Arteterapia
História	Filosofias orientais
Política	Espiritualidade e Religiosidade
Práticas alternativas	Etologia
Psicofarmacologia	Etnia e Raça
Cidadania	Psicologia do Desenvolvimento
Teoria Sistêmica	Estatística
Psicodinâmica	Neurologia
Medicina	Engenharia
Fisiologia	Drogas
Psicossomática	Psicoterapia

Quanto aos pontos positivos e negativos do trabalho em UBS, no geral as entrevistadas colocaram que a simples presença do psicólogo e o trabalho em equipe multiprofissional são os principais pontos positivos da atuação. Outros se referem à diversidade dos casos e a capacidade de ser resolutivo nas ações. Em alguns depoimentos fica claro que, por mais que se realize muita atividade clínica, esta não é como aquela da prática liberal, mesmo que parte dos recursos teóricos e técnicos permaneça os mesmos.

(E3) “... eu gosto dessa movimentação que tem na UBS... de você estar perto das pessoas, você estar próximo aqui”.

(E4) “... Olha, eu acho que o psicólogo, ele abre uma porta importante dentro da unidade, da escuta, do acolhimento, diferenciado do atendimento médico, que não seja visando só o sintoma, eu acho que esse é um ponto positivo...”.

(E7) “... acho até que de certa maneira é um privilégio, porque nem em convênios, às vezes, oferece muito atendimento de Psicologia, tendo na UBS,... então, a presença já é positiva...”.

(E10) “... os positivos, eles são muitos, a gente aqui trabalha em equipe multiprofissional e isso é muito enriquecedor... no consultório a gente não tem isso, no consultório é um trabalho extremamente solitário... a diversidade dos casos que a gente também não tem no consultório, aqui a diversidade é muito grande...”.

(E17) “... o positivo é que eu sinto que do muito pouco houve mudanças e a gente tem uma possibilidade de ver melhora... você vê uma coisa coletiva de mudança, você acaba trabalhando com uma instituição, apesar de ter uma cara meio de consultório...”.

Apesar da diversidade de trabalho ser colocada como positiva, a quantidade de demanda, que em certo sentido é o que permite realizar diferentes ações em um único dia, é vista como negativa, o que se agrava com a defasagem de profissionais, fator este que dificulta a formação e integração de equipes. Dessa forma, ao mesmo tempo em que o trabalho multiprofissional é considerado positivo, realizá-lo se torna um desafio. Aqui são retomadas as questões em relação ao respaldo profissional, o qual também diz respeito a tensões dentro da UBS ligadas a relações de poder e a

intervenções políticas que visam outros interesses que não os da população e intervêm negativamente no trabalho e na imagem do servidor público.

(E3) “... os negativos é essa solidão, eu acho que a equipe tinha que ser maior,... a falta de material pra trabalhar também é muito complicado, esse apoio realmente falta, a gente não sabe, porque que está acontecendo isso, porque não era assim, a gente recebia material pra trabalhar, já faz alguns anos que não vem...”.

(E2) “... eu já coloquei isso das regalias que tem..., o abuso de poder que tem de médicos e abuso do poder que tem da enfermagem em relação à auxiliar de enfermagem, auxiliar de enfermagem tem que cumprir aquele horário, tem que estar lá, enfermeiro já chega na hora que quer, passeia, você vê que tem horários pra fumar,... então, são os pontos negativos, muito negativos, trabalho de equipe é terrível, principalmente na gerência, uma vez que você prega que as pessoas podem se desenvolver individualmente...”.

(E4) “... o que eu acho de negativo... é o volume de demanda bastante grande e aí eu sinto que, às vezes, eu poderia melhorar a qualidade de atenção, eu poderia agilizar algumas coisas se tivesse mais profissionais...”.

(E5) “[...] a gente vai criando, inventando recursos... uma das colegas está se aposentando e vai se aposentar com a mesma fala e sem satisfação até hoje desta fala, desde que eu cheguei aqui eu ouço essa mulher falar que ela quer um curso de Terapia Breve, ela falou, a gente faz meio na raça, o que a gente acha que poderia fazer, mas não temos formação... teve um auxiliar de chefia aqui que me perguntou se eu atendia as mesmas pessoas toda semana, como assim um grupo tem as mesmas pessoas toda semana? (tom de indignação), ele não faz a menor idéia do que eu faço (risos)...”.

(E15) “... poderíamos ter de fato uma equipe mesmo que fosse de saúde mental, mas que fosse isso na prática, se reunisse, que discutisse casos, supervisão...”.

(E17) “... de ruim, eu acho que tem as limitações, banhos de água gelada, muitas mudanças, a coisa política, que muitas vezes deixa as necessidades pra segundo plano, mudanças colocadas de cima pra baixo, impostas, não discutidas, diferenças de atuação de uma administração... e eu acho que pra sanar seria menos política e mais afínco, mais vontade de trabalhar, os próprios governos, desde o macro até o mais direto, que eu acho que cada um acaba visando seu próprio interesse, utilizando as pessoas, os profissionais... vamos investir nos profissionais, vamos dar curso, vamos dar um salário digno pra ter condição, interesse dos médicos... que queiram ficar, queiram ir pra rede pública... eu não gostaria de ter vergonha de falar que eu sou servidora pública, eu gostaria de ter orgulho e eu acho que tem que ter orgulho, eu tenho, eu acho que a gente sua a camisa aqui, mas a gente é visto como vagabundo...”.

Estes fatores repercutem na expectativa do psicólogo em relação ao seu trabalho em UBS e também no modo como ele vê a perspectiva futura para a psicologia na atenção básica à saúde. No momento das entrevistas, uma das principais preocupações era a vinda das Organizações Sociais (OS), as quais representam atualmente um “fantasma” do PAS para os servidores públicos por não saberem que papel e funções irão assumir com a contratação de profissionais via OS. Esse processo de muitas mudanças políticas e de desrespeito ao servidor fez com que algumas não tivessem expectativa alguma sobre o seu trabalho em UBS.

(E3) “... *tinha uma conversa assim, de que quem era da Prefeitura não podia trabalhar com as pessoas que fossem da (nome da OS),... quando eu tirei minhas férias em julho, eu levei tudo que era meu, eu me desliguei emocionalmente da Unidade e quando eu voltei das férias, eu fiquei esperando esse pessoal chegar e eu estou até agora esperando... eu não sei o que vai acontecer comigo daqui um mês, então assim, eu não estou planejando nada (riso),... eu estou num compasso de espera que você vai ficando ansiosa, vai ficando meio incomodada com isso,... eu acho que isso deu uma quebrada nos projetos [...] como já aconteceu isso no PAS a um tempo atrás, que nós tivemos que sair [...] estou esperando pra ver em que lugar eu vou ficar,... porque houve essas mudanças que não são informadas, você não sabe quem vem, como vem, pra que vem, pode até ser que eu continue aqui, não sei... ”.*

(E17) “... *na verdade, eu estou fim de linha, porque eu trabalho mais esse ano, o próximo e me aposento, e sinto a equipe muito esfacelada, porque a maioria está se aposentando também e não tem motivação pra gente ficar, porque é tudo muito difícil, a gente não tem expectativa nenhuma, não tem perspectiva, pelo contrário, com essa história de virem as OS, aí fica aquela ameaça, olha, pra você entrar pra OS, você tem que pedir demissão [...] você fica sendo assim o cocô do cavalo do bandido do filme em preto e branco,..., vocês serão massacrados, pelas OS, essa a imagem que passa pra gente,..., mas a nível de perspectiva, eu não vejo nem pra mim e nem futuro para os próximos, uma coisa bem negrinha”.*

Todavia, algumas ainda conseguem, com mais ou menos entusiasmo, planejar algumas ações e acreditam que ainda é possível realizá-las.

(E2) “... *A minha expectativa, que eu não quero que morra, é retomar,... é esse espaço de divulgação do controle social,... eu sou aquela que briga pra que se mantenha a crítica de fórum e não só de uma supervisão,... eu fico emocionada assim e ao mesmo tempo até choro, porque cada vez mais você percebe que o*

buraco está mais embaixo, está mais difícil, está ficando mais velha e isso não está sendo repassado...”.

(E10) *“... na hora que eu quiser eu posso me aposentar, eu não pretendo me aposentar, e a minha expectativa é poder continuar fazendo um bom trabalho e na medida do possível não sofrer tanto com essas pressões...”*.

(E15) *“Ainda é de tentar fazer mais atividades de promoção da saúde e se eu não conseguir, é partir pra outro trabalho em outro lugar que não em UBS, porque eu acho que é importante não perder essa idealização, eu acho que revitaliza... é importante ter prazer no trabalho,... poder ser criativo...”*.

(E16) *Disse estar pensando em fazer uma pós, talvez, sobre a questão da violência. Outra possibilidade é estudar algo que envolva adoecimentos vinculados ao trabalho. Também pretende montar uma ONG que produza objetos culturais, voltada para a formação de jovens artesãos, após se aposentar, o que faltam dez anos, mas ela conta os dias. Enquanto isso, faz o que dá para fazer e como tem muitas frustrações com o serviço público, não fica mais brigando. O que ela espera é que mude a administração política, mas disse não ter restado muita esperança após a última eleição.*

Estas diferentes expectativas refletem em perspectivas positivas e negativas para o futuro do trabalho do psicólogo na atenção primária. A maioria das entrevistadas acredita que as condições não são favoráveis para sua continuidade e algumas crêem, inclusive, na extinção deste profissional para este tipo de atuação.

(E11) *“Olha, tinha uma época que eu achava que iam acabar com psicólogo na saúde pública,... primeiro que ia acabar com a saúde mental, porque,..., se a gente for ver na Prefeitura, teve uma mudança muito grande em termos de número de psicólogo, de psiquiatra, no tempo da Erundina, por exemplo, a saúde mental foi extremamente valorizada, formaram-se as equipes mínimas,... foi o que eu acho que deu toda uma estrutura na rede pública da Prefeitura do município de São Paulo,..., aí o que eu fui vendo, não teve mais concurso e as pessoas foram aposentando,... até acho que a questão do matriciamento veio por conta desses buracos,... não só tapar buraco, mas, eu acho que pra tirar um pouquinho de cada profissional esse salve-se quer puder, [...] na atenção primária, acho que a tendência não é ter psi, não é formar equipe mínima em cada posto, é fortalecer CAPS e, talvez, esses pólos, não sei como é que vai ficar, ... agora ... vai vir a OS, ... não sei o que vai acontecer...”*.

(E14) *“... eles não estão preocupados com prevenção de saúde, eles querem só apagar incêndio, a ordem é atender de boiada,... eu não vejo com boas*

perspectivas, eu vejo o psicólogo apagando incêndio, fazendo terapias breves até com quem não pode,... considero o CRP e o CFP muito falhos, o psicólogo não pode atender oito horas por dia, não essa demanda... aí eu pergunto, você gostaria de ser atendida na nona hora de trabalho, nos últimos,..., quarenta e cinco minutos, gostaria?, depois de eu ter atendido o cara que tentou suicídio, a mulher que mal abre a boca, a outra que não escuta, criança que está puxando tesoura na escola,... ninguém em sã consciência gostaria e a gente é que fica com fama, ... Eles querem dizer que o serviço público é uma bosta (em voz baixa) pra justificar a privatização... Eu tenho boas perspectivas? Eu não vejo e eu sou uma pessoa sonhadora, otimista, auto-motivada, eu realmente estou desanimada...”.

Talvez, isto reflita tanto o momento que a maior parte das entrevistadas está vivendo, já que muitas estão para se aposentar, quanto a novas mudanças no modo de se pensar ações de saúde na atenção básica. A sensação é de fim da trajetória profissional e também de uma forma específica de se trabalhar dentro da UBS. Se a tendência é o apoio matricial, as controvérsias ao tema já se fazem presentes em alguns depoimentos e merecem ser considerados por todos que estão implicados nesse processo de mudança da atenção à saúde. Mais uma vez, novos desafios são apontados à atuação do psicólogo.

(E3) “... está tendo essa abertura, saindo aquele modelo clínico tradicional,... a gente está tendo que aprender a trabalhar com os outros profissionais, ... eu não sei como é que vai se dar essa abertura, porque a gente tem um trabalho específico de sigilo [...] é complicado você manter sigilo de um caso que está todo mundo atendendo, a enfermeira atende, o médico atende, a agente comunitária vai na casa, são coisas difíceis pra Psicologia...”.

(E5) “... o que se espera atualmente da psicologia é que faça mais matriciamento do que atendimento, que eu acho que é um jeito meio porquinho de resolver problemas de RH, eu acho que o princípio é esse, então, já tem uma distorção grave, não é pelo trabalho, nem pelo alcance do trabalho, mas é porque eu não vou contratar mais ninguém, não vou gastar dinheiro com isso... pode ser um trabalho muito legal, a técnica era legal e adapta pra um mal uso, ... você vai fazer matriciamento com pessoal que está com vinte anos já, eu não conseguia fazer a psiquiatra e o clínico conversarem aqui, eles discordavam de medicação, ... seria muito mais gostoso você ter um colega de equipe e discutir e se trabalhar a discussão de equipe, então vamos discutir o que é saúde, vamos discutir o que significa ter uma Unidade Básica, ter retaguarda, ... a Unidade Básica é que é incompetente, foi assim que o Kassab conseguiu se eleger de novo, literalmente assim, mandava cada coisa absurda pra cá”.

Ao mesmo tempo, o desconhecido não aponta somente limitações à atuação e algumas entrevistadas percebem a importância e a potência do psicólogo no trabalho relacional. Não é à toa que se espera que este profissional intervenha em conflitos e dê apoio à equipe. O que é necessário estar atento é o uso dessas ações de forma deturpada para encobrir problemas institucionais e administrativos, o que já foi colocado como mobilizador de tensão.

(E4) *“Olha, eu acho que a psicologia veio pra ficar, pra contribuir, não vai depender só da psicologia,..., tem que ter desejo não só dos psicólogos em fazer isso, mas dos gerentes, de quem planeja as ações, não se pode estar preocupado só com algumas ações que são pontuais, de época de eleição porque eu acho que isso a psicologia contribui pouco,..., mas eu acho que cada vez mais o psicólogo está ao lado dos profissionais de saúde e ao lado dos pacientes também...”*.

(E12) *“... eu vejo o papel do psicólogo cada vez mais necessário [...] ele se mostra extremamente necessário nas relações de trabalho, nas relações de acolhimento, de escuta do sofrimento, sem dúvida nenhuma é o profissional que eu acho que é mais adequado, inclusive até pra agüentar a insatisfação e a frustração do restante das pessoas,... porque os médicos, geralmente, eles ficam muito frustrados,... um dos maiores problemas que existe aqui é isso,... quando eles atendem o paciente eles dizem ‘o senhor tem isso, isso e isso’, o paciente vai lá e fala ‘mas doutor, eu vim aqui, eu estou sentindo isso, eu sinto que eu estou com uma úlcera não sei das quantas’..., eles esperam que o médico diga ‘não, o senhor não está, o senhor só está isso, isso, isso, o senhor faz isso, o senhor vai resolver’, nossa! o cara fala isso pela segunda vez, o médico não tolera, não agüenta, por quê? O paciente vai com a expectativa de que ‘eu não posso estar triste simplesmente porque a minha esposa me deixou’,... eu tenho que arrumar sim uma causa orgânica pra essa minha tristeza... Eu somatizo dessa forma e o médico vem e tem a cara de pau de falar que eu não tenho nada [...] quem é que sabe trabalhar com isso? É o infeliz do psicólogo que tem que saber... Então mesmo que você acabe com qualquer papel do psicólogo, que seja no secundário, terciário, está óbvio que ele tem que estar presente, pelo menos, no relacionamento, no atendimento, pra agüentar, porque os maiores problemas que se tem em atendimentos aqui é, porta de entrada, o acolhimento que é dado...”*.

Por isso que a formação passa pelo aspecto técnico e pessoal, porque é na relação com o usuário e na maneira como ela vai sendo construída que a ação se torna terapêutica. Apesar dessa formação ainda ser bastante voltada ao atendimento clínico individual ou em grupo, a diversidade do trabalho faz do limite também potência a flexibilizar fronteiras e a buscar na complexidade das questões da vida outras formas de

expressão, de conhecimento e de prática, conforme colocado ao longo desse estudo. Além disso, essa posição de trabalhar no *entre*, no que dá liga, na relação, que é colocada ao psicólogo e também aceita por ele exige do profissional preparo para assumi-la, que por mais que a formação tenha oferecido, não pode ser visto como estático e imutável. O cotidiano da prática apresenta desafios que requer novos aperfeiçoamentos e também gera desgastes ao profissional, principalmente, se o principal instrumento de trabalho é a si próprio na e em relação. Segundo Spink (2006), a contribuição do psicólogo está na possibilidade dessa visão global do ser humano através de uma releitura que correlacione sintomas e condições de vida.

(E10) “... eu acho que o psicólogo, ele precisa ter uma boa formação... ele deve passar por uma experiência de análise pessoal, uma psicoterapia, ou psicanálise,... pra não misturar o que é dele com o que é do paciente... uma ampla formação, não só profissional, como uma formação pessoal... de buscar um amadurecimento, de saber qual é o seu projeto de vida, de saber se é isso realmente que ele quer, porque pra ser um psicólogo clínico... precisa uma disponibilidade interna muito grande e isso a gente não consegue só com estudo...”.

(E12) “... vou te confessar, eu trabalhei com programas pesados, eu vou te dizer, eu saio muito mais cansada daqui, quando eu trabalhava no nível terciário,... você parece que passa por toda morbidade num período de quatro horas e você precisa de uma plasticidade de raciocínio e teu emocional estar muito bem estruturado pra poder suportar bem... se tem que estar preparado o tempo todo”.

Para finalizar, são colocadas três questões levantadas por algumas entrevistadas e seus últimos depoimentos sobre a psicologia na atenção básica à saúde. O que fica é que *apesar de* valeu à pena e, por esse motivo, a resistência por tantos anos para, dentro do possível, ser desenvolvido um trabalho de qualidade.

(E4) “... apesar de todos esses revezes e de todas essas críticas e de toda essa solidão e abandono e de todas as mágoas que eu tenho do serviço público,..., maltratou-me já bastante, não como psicóloga, mas como funcionária; apesar disso é aqui que eu tenho construído a minha vida profissional, aprendido e revisto posturas... então eu vi agora uma colega se aposentando e finalizando o trabalho, emocionada com isso, difícil poder sair também,... então eu sei como isso também nos agarra, porque a gente se compromete com o que faz,... apesar de tudo estamos aqui, estamos porque gostamos...”.

(E7) “... eu gosto muito de ser psicóloga, eu gosto muito do trabalho que eu faço, por isso que eu não vou me aposentar já, vou vir aqui de bengalinha etc,... por que não somos mais prestigiados?

(E13) “... gostaria que esse trabalho que você tá se propondo a fazer, é, servisse de experiência pras pessoas que tão vindo por aí, tá, pros futuros profissionais que, eventualmente, possam vir a ocupar o meu papel, desempenhar o meu papel, é, que a gente possa passar alguma experiência e que isso não seja perdido”.

(E16) *O que fazer e em que espaço, que brechas a sociedade oferece para se realizar o trabalho de psicologia?*

(E17) “... da experiência que eu tive, eu fíco com uma coisa meio negativa, frustrada, mas eu gostaria de passar uma imagem que é assim, vale a pena não abandonar o barco, apesar das dificuldades, das frustrações, eu acho que eu tenho tido muito mais ganho nesse trabalho do que perda,... eu acho que o que mais aprendi desses anos, dessa experiência que eu tive é lidar com o apesar de e não com o se,... não adianta a gente falar assim ‘eu vou fazer se, eu só vou poder se’, não, é assim, ‘apesar de, o que eu posso fazer?’ e aí você percebe que desse muito pouco, tem muito e eu acho que é muito para as pessoas também,... essa navegação, apesar da ondas fortes que, às vezes, quase viram, eu acho que é bom, eu acho que valeu a pena”.

Conclusões

Deste a década de 1980, as políticas de saúde têm privilegiado ações que ampliem a cobertura assistencial e retire do hospital o papel de protagonista destas ações. Conforme já citado, diversos foram os movimentos, no plano nacional e internacional, que contribuíram para uma nova visão sobre o conceito de saúde e incentivou uma nova forma de se trabalhar no setor, através de intervenções comunitárias realizadas por equipes multiprofissionais e pela necessária integração de saberes e práticas. O campo da saúde, pensado através de seus determinantes sociais, do cuidado integral e visando o todo biopsicossocial, parecia ser o espaço ideal para a inserção do psicólogo, o qual, mesmo diante do interesse pessoal de adquirir certa estabilidade financeira para exercer a prática clínica, ao se inserir, possibilitou que se cumprisse a função social da profissão, através do atendimento à população como um todo e voltado à realidade brasileira. Esta era a via até então entendida como a melhor para a profissão ser legitimada socialmente. Contudo, apesar da crítica à prática clínica ao molde liberal, as políticas públicas de saúde geral e de saúde mental contribuíram justamente para a ampliação de ações, principalmente, da psicologia clínica e para a introdução do psicólogo na atenção básica à saúde. Foi nesse meio que se intensificaram as críticas em relação a uma psicologia fixada em saberes e práticas prontas, uma vez que na UBS, considerada “porta de entrada” do sistema de saúde, as demandas exigiriam mais que explicações psicologizantes, já que envolveriam, acima de tudo, problemáticas de vida dos usuários, e pediriam outras compreensões e estratégias de intervenção realizadas coletivamente. Atingiu-se o limite dos saberes e neste ponto foi cogitada a possibilidade de um agir conjunto, em que se abriu à experimentação de novas formas de organização dos serviços e de produção de saúde. As idéias de clínica ampliada, de transversalidade e flexibilidade do conhecimento e das ações, a construção de vínculo e de espaços de conversa, em que os atores envolvidos se co-responsabilizam exibem a implicação de cada um e de todos no processo. O desafio neste sentido é uma constante luta entre o que se esforça a permanecer estático e o que se esforça a caminhar sempre mudando.

Nesse estudo, analisou-se a atuação do psicólogo em UBS através do processo de institucionalização da psicologia clínica na saúde pública, que foi discutido sob dois pontos que se interligam: através das mudanças e novas necessidades que a regulamentação da profissão trouxe para a psicologia, as quais foram chamadas de fatores mais específicos e ligados à profissão por estarem diretamente relacionadas à mesma; e através das políticas públicas de saúde mental no Estado de São Paulo a partir da década de 1970 e das prioridades das gestões administrativas da capital paulista a partir da gestão Luiza Erundina, consideradas como fatores contextuais.

Apesar do recorte desse estudo, o qual teve como marco a regulamentação da profissão pela Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962, a profissionalização da psicologia foi tida como um processo sócio-histórico, utilizando-se a divisão em períodos da história da psicologia no Brasil proposta por Pessotti (1988). Focou-se no *período profissional* (de 1962 em diante) e nas mudanças advindas do novo status social tanto no que diz respeito às características do profissionalismo (Machado, 1995), quanto à abertura ao mercado de trabalho (Schraiber, 1993). Tomando-se como base estas duas frentes, discutiu-se o processo de *configuração* e de *consolidação* da profissão.

A regulamentação de uma profissão se *configura* tanto no reconhecimento da importância de um determinado saber técnico-científico à sociedade, quanto na possibilidade de delimitar um campo privativo de saberes e práticas a um grupo de profissionais, os quais passam a ter uma formação específica e a serem identificados por um Código de Ética e fiscalizados por seus Conselhos de classe. A psicologia passou por todas essas etapas e começou a formar um número cada vez maior de profissionais que eram lançados no mercado de trabalho a cada ano, principalmente, nas três principais áreas de atuação: Psicologia Clínica, Escolar/Educacional e Industrial/Organizacional.

Já a *consolidação* de uma profissão não se caracteriza como algo fechado em normas e padrões e não se delimita a um conjunto de conhecimentos específicos, apesar de incluir esta etapa. Na psicologia se constituiu em um processo em que se questionaram caminhos que a profissão vinha seguindo. As discussões giraram em torno de dois eixos principais: 1) A crítica de que a psicologia se caracterizava principalmente como uma profissão liberal, elitista e excludente, cujo foco era a

prática clínica tradicional realizada em consultório particular e tendo como base o modelo médico e o atendimento à classe socioeconômica média e alta; 2) A função do psicólogo deveria ser social, em que primeiro era preciso divulgar ao público leigo e a outros profissionais a especificidade da psicologia em relação a outras categorias profissionais e expandir seus serviços à população brasileira atendendo as necessidades da sociedade e utilizando seus recursos técnico-científicos na resolução de problemas diversos relacionados à realidade de nosso país.

Internamente à área, intensificaram-se os questionamentos sobre a formação profissional e a prática clínica ao molde liberal, ambas intimamente ligadas, já que a formação, de cunho predominantemente teórico e voltado à psicologia clínica tradicional formava profissionais para exercer principalmente essa prática no mercado de trabalho. Neste sentido, o papel da formação passou a ser pensado para acompanhar as mudanças socioculturais e se adaptar aos avanços científicos nacional. Duas mudanças importantes ocorreram nesse processo. Primeiro, tentou-se aproximar teoria e prática ao se pensar em uma formação básica generalista, que integrasse as várias abordagens psicológicas e estas a outras áreas do conhecimento; também se tentou investir em uma aprendizagem em contextos diversificados que contribuísse no desenvolvimento de uma postura crítica dos alunos. Segundo, e em concordância com essa nova tendência, buscou-se mudar a perspectiva unicista da relação prática-conhecimento, quer em termos das correntes de pensamento internas à terapêutica em psicologia, quer em termos da formação unidisciplinar para multidisciplinar. Assim, tanto se tentou articular um diálogo entre diferentes linhas teóricas marcadas pela fragmentação, quanto fora da área, na articulação com outros saberes a depender do campo de atuação.

Em relação à Psicologia Clínica, pode-se dizer que o momento sócio-histórico pelo qual passava o Brasil entre as décadas de 1970 e 1980 era propício para sua expansão, apesar das críticas referentes à mesma. As crises econômicas mundiais unidas à nacional com o fim do “milagre econômico”; a crise na previdência social após décadas de investimento no setor hospitalar privado; o processo de redemocratização do país marcado por lutas de diferentes movimentos sociais, dentre eles o da Reforma Sanitária e Psiquiátrica, que tinham em comum um novo modo de pensar e agir em saúde ligado aos seus determinantes sociais e ao tratamento de

portadores de transtornos mentais realizados em equipamentos substitutivos e em equipe multiprofissional, marcaram um redesenho das políticas de saúde focado, principalmente, na atenção primária e básica realizada territorialmente e com participação da população.

No Estado de São Paulo, foi somente em 1983 com as primeiras eleições diretas para governador, cujo eleito foi André Franco Montoro, que efetivamente se pensou numa política de saúde mental e que equipes foram alocadas em quase todos os Centros de Saúde e ambulatórios, com o objetivo de trabalharem na redução de internações hospitalares e promoverem ações terapêuticas ambulatoriais.

Ao mesmo tempo, a classe média, principal consumidora dos serviços de psicoterapia, também foi atingida financeiramente pela crise, o que fez os psicólogos procurarem formas mais estáveis de inserção no mercado de trabalho via concursos públicos. É nesse contexto que o psicólogo se insere nos serviços públicos de saúde e, não ao acaso, em ambulatórios e Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma vez que a instalação de serviços básicos com atenção primária passou a assumir um papel central nas políticas de saúde da década de 1980.

Contudo, não se pode dizer que com a institucionalização a Psicologia Clínica manteve as mesmas características da prática ao molde liberal. Nesse estudo, a psicologia clínica foi dividida entre *Psicologia Clínica Liberal* e *Psicologia Clínica Institucional*. A primeira é assim denominada em franca analogia ao termo *Medicina Liberal* utilizado no estudo de Schraiber (1993) sobre a profissão médica. A autora refere como liberal a medicina praticada em consultório particular quando estuda a passagem dessa prática médica para uma prática assalariada, tecnológica e desenvolvida, especialmente, em hospitais. Aqui, usa-se a denominação pela similitude de configuração em termos mercantis, mas quer se deixar claro que, apesar da influência que o modelo da consulta médica exerceu sobre a prática clínica na psicologia, as duas áreas seguiram caminhos historicamente distintos, principalmente, em sua relação com o Estado.

Já relativamente à Psicologia Clínica Institucional, tem-se que, enquanto a Psicologia Clínica Liberal é marcada pela produção independente de serviços (busca e escolha de clientela, divulgação do serviço, valor dos honorários, dentre outros) e por características pessoais do profissional, a Institucional se caracteriza pela perda

relativa dessa autonomia (através da presença de novos agentes institucionais e de imposições de ordem político-institucional, que correspondem às políticas públicas de saúde), pelo assalariamento profissional e pela abertura para o desenvolvimento de ações sanitárias (prevenção e promoção à saúde).

O psicólogo se inseriu em um serviço que, antes de sua entrada, já vinha sendo reconfigurado. Primeiramente, os *centros de saúde* serviam para ações preventivas específicas e na década de 1970, iniciou-se um processo de integração entre práticas de saúde pública com práticas clínicas, introduzidas nos centros de saúde por meio da reorientação dos serviços assistenciais para prover centralmente o atendimento médico individual. A estrutura deste centro de saúde foi reorganizada para esses fins e não se pensou em flexibilizá-la às peculiaridades de cada categoria profissional que passou a integrar a prestação de serviços nesse tipo de unidade. Portanto, a atuação do psicólogo em UBS trouxe desafios que se relacionavam tanto a uma prática clínica que necessitava ser reconfigurada, devido à ruptura da “endogamia social” e à impossibilidade de haver uma “extraterritorialidade social”, quanto a ações para cujo trabalho o psicólogo não estava preparado e que se voltavam à prevenção e à promoção da saúde. As principais mudanças apontadas com o processo de institucionalização foram:

➤ Em relação à formação geral para o campo da saúde:

- Utilização da multireferencialidade teórico-prática;
- Tendência das universidades se abrirem às demandas sociais e à formação de profissionais críticos que soubessem trabalhar em equipes;
- Criação de núcleos de educação permanentes;
- Treinamento tanto para ações técnicas quanto para uma atuação política e intersetorial junto a grupos populacionais, institucionais, órgãos de administração pública, dentre outros;
- Construção de competências gerais a todos os profissionais de saúde: saber se comunicar, ser comprometido, responsável, guardar informações confidenciais, saber gerenciar recursos humanos, físicos, materiais e equipes, ser empático e receptivo a

interações com a comunidade e usuários, ser capaz de estar sempre aprendendo e de trabalhar em equipes;

- Tentativa de diálogo entre os diferentes referenciais teóricos da psicologia e destes com outros saberes;

- Tentativa de formar um profissional generalista, apto a trabalhar em diversos contextos;

- Formação orientada aos problemas sociais mais relevantes, ao sistema de saúde do país, e a uma visão integral de saúde dentro de um sistema regionalizado e hierarquizado de referência e contra-referência.

➤ Em relação à Psicologia Clínica Liberal:

- Clínica Ampliada: tendência a pensar o sujeito em inter-relação com seu contexto sociocultural e ruptura com a “extraterritorialidade social” em busca de uma atenção integral;

- Ampliação do conceito e das funções do psicólogo clínico, o qual passou a ser definido como agente específico da área da saúde;

- Flexibilização do setting terapêutico: ações externas e comunitárias;

- Diversificação dos recursos e instrumentos utilizados, que extrapolam não somente os tradicionais (psicodiagnóstico, avaliação psicológica, orientação e psicoterapia) como também a própria área da psicologia, utilizando-se de recursos expressivos, artísticos, corporais, lúdicos, esportivos, de lazer, técnicas de grupo, dentre outros;

➤ Em relação ao contexto institucional:

- Assalariamento;

- Ampliação dos espaços de atuação profissional;

- Ampliação e diversificação da clientela e ruptura com a “endogamia social”;

- Atuação em equipe multiprofissional;

- Flexibilidade da produção de trabalho: coexistência de ações privativas com ações comuns e indistintas executadas por agentes de diferentes campos de atuação;

- Diversificação da função do psicólogo, o qual passou a exercer ações mais estratégicas, de tomada de decisão e intervenções clínico-sanitárias;
- Perda relativa da autonomia sobre a organização e a produção dos serviços;
- O psicólogo se torna um dos agentes que estruturam a instituição.

➤ Em relação à profissão:

- Possibilidade de divulgação do trabalho do psicólogo à população e a outros profissionais;
- Possibilidade de se fazer cumprir a função social almejada para a área através da atuação junto às necessidades da população brasileira;
- Contribuição para o reconhecimento e legitimação social da profissão.

Desafios:

- Articular novos atores, conceitos, saberes e práticas em saúde em uma perspectiva interdisciplinar;
- Superar uma visão de saúde pautada na ausência de doença e na cura ainda presente de atuação de muitos profissionais;
- Mais vontade política dos governos locais e mais mobilização da população a projetos coletivos para que haja abertura a inovações e a diferentes formas de gerir e governar;
- Fortalecer o engajamento do psicólogo para a transformação social, avaliando não somente em que se está implicado, mas também como ocorre essa implicação.

Além disso, mudanças das prioridades de gestões municipais não afetaram somente as ações locais, mas também a própria crença de muitos profissionais em um serviço público de qualidade. Nesse estudo foram identificados três principais momentos através das falas das participantes:

1. Governo Erundina: saudosismo; trabalho em equipes de saúde mental;
2. PAS (governo Maluf-Pitta): revolta, desesperança, desmantelação das equipes;
3. Pós-PAS (governos Marta Suplicy e Serra/Kassab): reconfiguração das equipes (trabalho solitário ou equipes pólo de saúde mental); políticas de privatização da saúde (“fantasma” PAS retomado na figura das Organizações Sociais de Saúde, as OSS).

Todas essas mudanças puderam ser analisadas através dos depoimentos e diversos pontos de tensão foram identificados, os quais, apesar de vivenciados por várias das participantes como formas instituídas limitadoras das ações, nesse estudo foram percebidos também como mobilizadores de reflexão e de críticas em relação às práticas e seus pressupostos. A tensão é justamente no que está *entre* as relações (entre disciplinas, práticas, profissões) e, por isso, não é só imobilidade ou delimitação do que é estritamente de cada qual em termos profissionais, mas também, senão principalmente, o que seria ato criativo e de transformação, que permite ao indivíduo ultrapassar o individual (e o individualismo profissional) em direção às interações e relações de trabalho em equipe e que faz o específico de cada qual interdependente dos específicos profissionais de outros. Ainda faz da instituição movimento constante, e das necessidades não somente *necessidades da sociedade* já prontas para serem solucionadas. Estruturação e mudança como relação processual tensa, sendo na interação de ambos os aspectos que se constrói o processo de trabalho em saúde.

Quanto à formação, a tensão ficou entre a definição de uma linha teórica dentre várias existentes na psicologia e a compartimentalização entre as mesmas; entre os especialismos (ou a expectativa constante dele nos depoimentos, como expectativa profissional das entrevistadas) e uma possível desespecialização (como foi concebida pelas entrevistadas a introdução de perspectivas ampliadoras de seu agir profissional); e entre teorias já dadas e a produção de conhecimentos condizentes com a realidade do país. Ao longo da graduação, por mais que as entrevistadas se identificassem com diferentes disciplinas e que alguns estágios também fossem

realizados institucionalmente, a carga horária era reduzida e a intervenção se focava na instrumentalização técnica, sendo o hospital psiquiátrico ainda o principal espaço de treinamento profissional. A diversidade do serviço público de saúde trouxe a possibilidade de diálogo entre as abordagens teóricas e a percepção da dicotomia entre teoria e prática, o que intensificou a busca por formação complementar e a abertura a outros campos teórico-práticos.

A escolha pela atuação no serviço público pode até ter oferecido estabilidade financeira, mas não ofereceu estabilidade em termos de prática profissional e na forma de produção dos serviços. Cada uma das participantes teve uma trajetória profissional marcada por um movimento nem sempre efetuado por escolha própria, mas por prioridades político-institucionais. Quando se começava a atuar em UBS, por exemplo, e a pensar formas de se trabalhar nesse espaço, mudava-se o foco da gestão administrativa e com ela vinham os deslocamentos de servidores para exercerem outras funções em outros locais e isto fez do caminhar uma busca permanente e não linear por novos aprendizados.

Mesmo que a escolha tenha sido uma forma de permanecer na área clínica, não foi somente a prática clínica institucional que sofreu modificações. Quem manteve um consultório em paralelo usufruiu da experiência oferecida e da destreza exigida pelo serviço público. Em algumas falas citadas foi possível identificar as comparações entre uma clínica que se constituía em duas práticas parecidas em certos aspectos, mas distintas em outros. Não se trata de saber qual delas é melhor para qual espaço; o que interessa é o intercruzamento de ambas, que permite para certas situações ou utilizar aspectos da clínica liberal dentro da UBS, ou aspectos da clínica institucional dentro do consultório, através de sua diversidade de recursos e flexibilidade teórico-prática. Uma das principais diferenças da psicologia clínica liberal e da psicologia clínica institucional é que esta ocorre entre o privado e o coletivo, o que não quer dizer que as ações da clínica ao molde liberal não possam também romper com a “extraterritorialidade social” e fazer da “endogamia social”, ainda existente nos consultórios devido aos altos honorários, um dispositivo que estimule constantemente a reflexão e a crítica.

Outra questão diz respeito ao reconhecimento da função do psicólogo na atenção básica. Em primeiro lugar, se algo precisa ser melhor definido é a

expectativa entre o que este profissional deve fazer na UBS, pois assim também se adequarão as expectativas dos psicólogos para com essa atuação. Segundo as próprias participantes, os primeiros psicólogos que começaram a trabalhar em UBS não tinham como função o atendimento clínico individual, mas ações preventivas, educativas e de promoção à saúde mental realizadas na e com a comunidade. Ao mesmo tempo, já foi colocado que esta unidade de saúde foi planejada para realizar ações clínico-sanitárias, portanto, que também visa ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento do usuário enfermo. Daqui é possível identificar diversos pontos de tensão e de contradições.

Um deles está na definição de saúde e de atenção básica dadas pelas entrevistadas. A maioria concebe ambas em seu conceito amplo ligados aos determinantes sociais de saúde e à prevenção, a qual estaria relacionada a uma atuação antes do adoecer. Contudo, grande parte da demanda que chega à UBS já é caracteriza com algum tipo de sofrimento físico, mental ou social e, na maioria dos casos, biopsicossocial, ou seja, há dificuldade em demarcar fronteiras entre estes três aspectos, já que as demandas de saúde e as demandas sociais e da vida estão intimamente interligadas. Por isso, há uma constante tensão entre curativo e preventivo. Apesar de se reconhecer que a UBS é espaço para se realizar os dois tipos de intervenção, há sempre a reclamação de que a demanda de doença é muito maior do que a de saúde; inclusive, ações preventivas e de promoção foram colocadas por algumas entrevistadas como não sendo valorizadas e a exigência é para que se atenda o maior número de pessoas possível, o que causa desconforto no profissional, que precisa lidar com exigências políticas e com de seus órgãos fiscalizadores de conduta, os quais nem sempre encontram um consenso.

Por exemplo, exige-se cada vez mais que os atendimentos sejam realizados em grupo sem considerar a singularidade dos usuários e as indicações para este tipo de intervenção. Ao mesmo tempo, o grupo em si é um campo problemático, que comporta muitas definições e diferentes critérios de formação. Entre as entrevistadas, por exemplo, algumas utilizam o tipo de diagnóstico, outras separam por faixa etária ou sexo; já alguns grupos são abertos e mistos. Casos considerados graves e crônicos (psicoses controladas, autismo, tentativas de suicídio, alguns casos de depressão, dentre outros) geralmente são atendidos individualmente, mas ficam por longos anos

em psicoterapia, o que acaba sendo consideradas situações cujo atendimento deveria ser realizado em outro local que não o da UBS. Para algumas entrevistadas, se esta é considerada “porta de entrada” do sistema de saúde, deveria servir para triar a demanda e oferecer agilidade nos encaminhamentos, visão esta que também pode ser equivocada, uma vez que a proximidade com a comunidade é justamente para que haja acompanhamento dos casos, construção de vínculo e planejamento conjunto de ações.

Mas estas falas que reivindicam “agilidade”, também revelam outro tipo de tensão vivenciada pela saúde mental: o cumprimento de metas e a pressão por produtividade, baseada no número de procedimentos e consultas, o que para a psicologia se torna praticamente impossível alcançar.

Por outro lado, o Código de Ética Profissional exige que o psicólogo não aceite trabalhar em locais onde não sejam oferecidas condições para que se realize um trabalho de qualidade, as quais ainda são bastante baseadas nas condições estruturais e no tipo de privacidade e sigilo que se consegue dentro do consultório particular. O prólogo desse estudo traduziu brevemente o que é o trabalho em uma UBS, onde a movimentação de corpos e o barulho imperam. Se a principal reivindicação do psicólogo ainda é ter uma sala fixa de atendimento, como fazer com que este profissional cumpra normas de conduta tão discrepantes de sua realidade profissional? Se ele trabalha em equipes, preenche protocolos, escreve em prontuários coletivos, como garantir o sigilo das informações? Se ele realiza ações em espaços cada vez mais diversos, como manter a privacidade? Estas são questões que precisam ser urgentemente discutidas entre a categoria profissional e representantes que formulam e implantam as políticas públicas de saúde, porque também se torna um dilema ao profissional que não sabe se ou abandona seu trabalho, o qual também se caracteriza como uma forma de sobrevivência, ou continua fazendo o possível para não infringir a ética profissional.

Apesar da expectativa ser a realização de atividades externas, a especificidade do psicólogo de UBS foi identificada como bem próxima à prática clínica liberal realizada em consultório, cujas ações se voltam a orientações, psicodiagnóstico e psicoterapia, que são práticas internas ao serviço. Ao mesmo tempo, tudo o que é realizado em equipe não é considerado específico e corresponde ao que geralmente

envolve ações externas (visita domiciliar, matriciamento, atividades comunitárias, dentre outros) e grupos educativos. Neste sentido, pode-se considerar que a prática clínica tradicional ainda é uma forma de se reconhecer como psicólogo (“mudar, sem mudar essencialmente”), mas não se pode dizer que assim o é para todas as participantes. Muitas delas realmente querem realizar mais trabalho conjunto com outros profissionais, ter mais espaços de troca e atuar em uma equipe verdadeiramente integrada, mesmo com toda a resistência a se manter decisões que são impostas “de cima” e ações com “cara de consultório”.

O que é exigido que se faça não entra em contradição ao que o psicólogo considera como sua especificidade, que é a psicoterapia (individual ou grupo terapêutico). Para as participantes, usuários, outros funcionários e gerência esperam que o psicólogo realize consulta do tipo médica e atendimento rápido, e parece não ser somente o usuário que vê neste profissional a solução de todos os seus problemas. Quando se pergunta o que o psicólogo faz em UBS, as respostas se referem a um profissional que “faz um pouco de tudo” e inúmeras atividades são identificadas. Dentre elas, está a de mediador de conflitos entre funcionários e destes com usuários; como “bombeiro”, que precisa dar apoio à equipe e “apagar os incêndios” do serviço, além de ser o limite tanto da falta de limites dos usuários quanto daquilo que os outros profissionais ou não sabem ou não têm paciência de lidar.

Portanto, a diversidade de ações do psicólogo em UBS não reflete falta de definição de sua função, mas sim a atuação exigida neste espaço. Não é uma questão deste profissional específico, mas de todos que ali atuam. O que é necessário questionar é o modo como tamanha diversidade tem sido trabalhada. As iniciativas de trabalho compartilhado ainda são pontuais e realizadas pela vontade própria de profissionais e usuários; no geral, cada um “corre pra um lado” e tenta dar conta sozinho do “seu paciente”, se esquecendo que a partir do momento que o usuário entra no serviço, ele é de responsabilidade de todos que ali se encontram. Até porque, as demandas de saúde estão cada vez mais associadas às sociais e, se o psicólogo é o “termômetro mais sensível da demanda social”, ele recebe cada vez mais casos complexos como, por exemplo, os de violência, que necessitam de intervenção intersetorial e interinstitucional.

Freire (1983, p. 16) ao discorrer sobre o compromisso do profissional com a sociedade, diz que a primeira condição para assumir um *ato comprometido* é ser capaz de refletir e agir e, “estando no mundo, saber-se nele”. Não há possibilidade de compromisso autêntico se a realidade for tida como dada e imutável. Portanto, o profissional deve sair de seu gueto, onde técnicos e especialistas se julgam possuidores de verdades que devem ser transmitidas aos ignorantes. É necessário superar os especialismos e sempre aperfeiçoar seu modo de estar sendo no mundo, adquirindo uma visão crítica da realidade.

Martín-Baró (1996) ao se utilizar do conceito de *conscientização* cunhado por Paulo Freire para refletir sobre o papel do psicólogo, diz que a conscientização não é apenas mudar a opinião sobre a realidade, ou seja, mudar uma subjetividade individual sem alterar a situação concreta; conscientizar é, ao mesmo tempo, “uma mudança das pessoas no processo de mudar sua relação com o meio ambiente e, sobretudo, com os demais” (p. 17). Para ele, o *quefazer* psicológico (p. 13) deve se confrontar com os fatores sociais que materializa a vida humana, buscando ajudar pessoas e grupos a formarem um saber crítico sobre si mesmos e suas realidades. Portanto, não é aplicar uma técnica específica ou mudar os tipos de testes ou mesmo abandonar a psicoterapia individual, mas é questionar não no onde, mas a *partir de quem*; não no como se está realizando, mas em *benefício de quem*; não em que tipo de atividade se pratica, mas quais “*consequências históricas concretas*” (p. 22) esta atividade está produzindo.

Barros (2005) questiona sobre qual tem sido o compromisso ético-político dos psicólogos com suas práticas, diante da fundação da Psicologia em dicotomias que levaram a separação entre individual e social, entre clínica e política, entre saúde individual e saúde das populações; que dividiu as práticas em áreas de atuação, as quais ainda se definem pela separação, quando não, pela desqualificação umas das outras. A autora sugere que se arrisque no comprometimento político, numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, e se utiliza de três princípios éticos que acredita contribuir para o debate sobre as interfaces entre Psicologia e SUS: o *princípio da inseparabilidade*; o da *autonomia* e da *co-responsabilização*, e o da *transversalidade*. Em relação ao primeiro, se a Psicologia for tomada como campo do saber que estuda a subjetividade, e se esta for considerada como um

processo de produção coletivo, em que o produto é sempre inacabado, não é possível a divisão entre clínica-política, individual-social e singular-coletivo. Quanto ao princípio de autonomia e co-responsabilização, Benevides coloca ser impossível pensar em práticas psicológicas que não estejam comprometidas com o mundo, com o Brasil, com as condições de vida da população, e que não implique na produção de sujeitos ativos, autônomos e co-responsáveis por suas próprias vidas. Por último, o princípio da transversalidade implica dizer que é entre os saberes e no limite de seus poderes que cada um deles pode contribuir para uma nova forma de se fazer saúde. É somente no inter cruzamento destes três eixos que se pode pensar na efetivação dos princípios de universalidade, equidade e integralidade do SUS. Investir na criação de espaços onde diversos atores podem estar um com o outro nas decisões, onde gestão e atenção possam andar juntas.

De acordo com Romagnoli (2006), é necessário apostar na lógica relacional, que se posiciona no “entre”, o qual aceita desestabilizações e quebras de dicotomias, percorrendo caminhos pela transdisciplinaridade. A autora coloca que além da fragmentação da saúde, dividida em especialidades, ainda existem os saberes e poderes hierarquizados, que acabam servindo de sustentáculos aos saberes instituídos. As distâncias entre as políticas públicas e a sua viabilização na prática; as expectativas de ações preventivas e de promoção na saúde em UBS, que acabam se resumindo em práticas individuais fragmentadas por uma formação tecnicista e especialista; a fragmentação do trabalho em equipe movida por lutas corporativistas e pela pressão por uma produtividade quantitativa; a divisão teórico-prática; a separação entre as próprias teorias psicológicas e em campos de atuação, e as distâncias nas perspectivas profissionais em relação a dos usuários sobre seu processo saúde-doença são alguns exemplos que dificultam a co-gestão e a produção coletiva de saúde.

Dimenstein (2001) também questiona sobre o que vem a ser o compromisso social do psicólogo no contexto da saúde coletiva e coloca que é permitir aos usuários construir ativamente suas histórias de vida para além dos sintomas e do diagnóstico, voltando-se para a qualidade do cuidado, para a criação de estratégias que mudem a realidade dessas pessoas, respeitando sua diversidade cultural e

subjetividade, e para práticas comprometidas com a produção social da saúde, com o bem-estar social e com a construção de cidadania.

É importante manter espaços coletivos de formação e planejamento das ações, que envolva gestores e equipes e, em relação à saúde mental e atenção básica/PSF, é necessário valorizar e qualificar a escuta dos agentes comunitários de saúde (ACS) em relação ao sofrimento psíquico, investir na construção de vínculos e na coresponsabilização das equipes (Martins e Vecchia, 2009).

A atenção básica é considerada um local privilegiado para o ensino-aprendizagem, onde é possível articular ações individuais e coletivas, e realizar um trabalho multiprofissional e interdisciplinar, em que a fragmentação disciplinar se dilui. É necessário investir no contato dos alunos com este tipo de serviço ainda no início da graduação, oferecendo outras possibilidades de formação para além do hospital e desenvolvendo nos futuros profissionais de saúde habilidades de trabalho em equipe, de construção de vínculo e de articulação entre saberes e práticas (Brasil, 2009).

Segundo Bezerra Júnior (2007), os novos desafios para a saúde mental abrangem campos os mais diversos. No *plano assistencial*, deve-se pensar em formas inovadoras de organização da atenção e em modelos de cuidado e intervenção mais condizentes com os novos serviços. Na área clínica são necessários avanços teórico-práticos naquilo que já vem sendo pensado, como é o caso da clínica ampliada. Ao mesmo tempo, não é possível construir modelos de assistência iguais para pequenas e médias cidades e metrópoles como São Paulo. No *plano político-assistencial*, o autor remete ao poder que órgãos governamentais de coordenação têm para estimular as mudanças necessárias, mas necessitam pensar em novos critérios de avaliação de impactos, que sejam pautados em fontes diversas e não somente quantitativas. Quanto à *formação de recursos humanos*, coloca-se que deve haver uma base técnico-teórica sólida, mas permitir o espaço da crítica, da criatividade, da auto-reflexão e da constante reavaliação do impacto das práticas cotidianas sobre a subjetividade. Também deve inserir temas cruciais como os novos papéis profissionais e as novas formas de organização de equipes, o trabalho interdisciplinar e intersetorial, além das articulações entre o clínico e o político e entre estratégias de cuidado e de responsabilização. Nos *planos jurídico e político*, levanta a importância

dos direitos humanos e de defesa à dignidade da pessoa, que vem deslocando do centro das discussões a defesa de mecanismos e proteção jurídica para o campo da cidadania e dos direitos civis e sociais dos portadores de sofrimento mental. Por fim, o *plano sociocultural* busca um novo olhar sobre o sofrimento psíquico envolvendo atores de diversos segmentos sociais.

Com o objetivo de superar obstáculos e desafios, algumas propostas tentam inovar, como, por exemplo, o estudo de Lima (2005), que apresenta uma forma de atuação coletiva da psicologia em UBS, através do que ela chamou de *atuação psicológica coletiva* (APC). A APC corresponde à “organização contextualizada da atuação psicológica para prevenir doenças e promover saúde em situações de trabalho em saúde coletiva” (p. 434). Suas ferramentas são a escuta psicológica cautelosa orientada socioculturalmente e a reafirmação da subjetividade no processo saúde-doença. A autora cita como exemplo a trajetória profissional de uma psicóloga em UBS e como ela vai articulando sua prática em relação aos usuários (no caso, adolescentes) e a outros profissionais a partir das demandas existentes e dos projetos de vida de cada um, utilizando a UBS como local de difusão e não de limitação de suas ações.

Outra proposta tem sido a de resgatar pressupostos da *Psicologia Social Comunitária*, a qual pode fornecer importantes contribuições teórico-metodológicas e práticas para o trabalho da atenção primária, através de estratégias de pesquisa-ação, estudos psicossociológicos, intervenções institucionalistas e de fomento a práticas em parceria com a comunidade, que priorize trabalhos educativos e que promova a conscientização da população para criarem seus próprios meios de melhoria de suas condições de vida (Rodrigues e Ronzani, 2006; Saadallah, 2007; Martins e Vecchia, 2009). O importante é estar atendo a não cair em novas dicotomias entre o que seria prática da Psicologia Clínica e da Psicologia Social, as quais em seus próprios termos já trazem a raiz da separação entre individual e social. É importante dialogar e não temer extrapolar fronteiras; a tentativa de garantir uma identidade profissional e uma especificidade prende o psicólogo a teorias, práticas e territórios estáticos, resultando no “efeito-despolitização”, conforme coloca Barros (2005).

Contudo, dentro da categoria profissional, as intenções parecem se voltar mais para a aquisição de um referencial técnico consistente. Parte-se da compreensão e reflexão para uma ação voltada aos aspectos técnicos da prática. A criação do *Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP)* em 2007 representa esta tendência. Seu objetivo geral é “sistematizar e difundir os conhecimentos e as práticas aplicados ao setor público estatal da prestação de serviços e do mercado profissional” (CREPOP, 2007), e tem como ações “dar referências para a prática profissional, definindo diretrizes para os(as) psicólogos(as) do Brasil”, e promover maior acesso da população aos serviços da psicologia. A pesquisa nacional iniciada pelo CREPOP e CFP em 2008 sobre a atuação do psicólogo em atenção primária à saúde (APS) tem justamente o objetivo de construir coletivamente referências técnicas para o setor.

Uma importante iniciativa foi o *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública*, que ocorreu em 2006 em Brasília-DF. Em seu relatório final continham 184 propostas divididas em sete temáticas³⁸. Em relação à *Organização e atuação dos psicólogos no SUS*, o Sistema de Conselhos se responsabiliza, dentre outros, em promover espaços de discussão regulares, que estimule a troca de experiências, o aprimoramento, a organização política dos profissionais e a educação permanente; em fomentar a intersetorialidade e a divulgação da atuação dos psicólogos aos gestores, usuários, equipes e órgãos de controle social e a estimular os psicólogos na problematização de suas práticas e na divulgação das mesmas. Quanto à *atenção básica*, a intervenção se daria para que “a prática da Psicologia na porta de entrada do SUS tenha qualidade e resolutividade e vá ao encontro da luta pela efetivação da integralidade e de um trabalho intersetorial e articulado com os saberes da população atendida” (1o Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública, 2006, p. 17). Aqui já se fala em articulações com o Ministério da Saúde para a implantação de portarias sobre as equipes matriciais e os núcleos de saúde integral. No que diz respeito à *formação*, o objetivo é formar profissionais críticos, que considerem a realidade social no planejamento de suas ações e que sejam capazes de trabalhar em equipe. Busca-se a construção de uma rede integrada entre serviços e universidades, com

³⁸ 1. Contribuições políticas à saúde; 2. Gestão do trabalho e educação permanente em saúde; 3. Atenção Básica; 4. Atenção de média complexidade; 5. Alta complexidade; 6. Formação e 7. Controle Social.

foco na educação permanente, inclusive, utilizando da educação popular em saúde como um novo campo de atuação do psicólogo, abrangendo o respeito e a integração deste conhecimento em suas ações. Dentre os projetos político-pedagógicos estão sua adequação às exigências teóricas e práticas da atuação do psicólogo na saúde pública; o incentivo à criação de eixos temáticos transversais sobre saúde durante a graduação, e a criação de currículos integrados que assegurem o conhecimento sobre os fundamentos do SUS, sobre uma visão de homem que seja “autor e ator de sua própria história” (p. 29) e que integre de forma mais consistente outros saberes, como Antropologia, Sociologia e Filosofia.

Outra iniciativa atual foi a fundação da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) em 2007, que tem como objetivo apoiar articulações entre “centros de treinamento, ensino, pesquisa e serviços de saúde mental; o fortalecimento das entidades-membro e a ampliação do diálogo entre as comunidades técnica e científica e destas com serviços de saúde, organizações governamentais e não governamentais e com a sociedade civil” (ABRASME, 2009), e congregar profissionais de diversas áreas (médicos, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros) interessados no campo da saúde mental.

Além de tais propostas, destacam-se diversos estudos realizados por todo o país desde a década de 1980, que relacionam a psicologia com a saúde pública e/ou atenção básica à saúde, os quais serviram como importante fonte bibliográfica para a análise de dados dessa pesquisa (Silva, 1988; Jackson e Cavalari, 1991; Dimenstein, 1998, 2001; Yamamoto et. al., 2001, 2005, Franco e Mota, 2003; Câmara e Rutsatz, 2006; Oliveira, 2005; Lima, 2005; Rodrigues e Ronzani, 2006; Spink, 2006; CFP e CREPOP, 2008).

Apesar da maioria destes estudos compartilharem da idéia de que é necessário contextualizar a prática psicológica à saúde pública, a tendência foi se manter na crítica daquilo que é limitante da prática no serviço público o que, por vezes, recai sobre razões internas à profissão, como uma formação profissional deficiente. Mas o que se percebe é que, mesmo neste campo, têm sido articuladas propostas bastante desafiadoras, que colocam em questão até mesmo verdades estanques das diversas ciências. É momento de ir além e revelar o que o limite revela de novas

possibilidades, experimentações e, porque não, de novos conflitos e tensões. O importante é estar ciente de que por mais que se tente definir padrões, estes deverão ser sempre revisados e avaliados e, cada vez mais, serão difíceis de serem enquadrados como privativos de uma ou outra área do saber. Espera-se que esta tendência não acirre ainda mais as lutas corporativas, em que cada categoria profissional defende como pode uma identidade que permite seu reconhecimento social e a garantia de mais espaço no mercado de trabalho, mas também a prende na rigidez de suas especialidades. O momento é para desenvolver a capacidade de “inventar-se e reinventar novas saídas..., reconhecendo o que se tem de potência” (BRASIL, 2009). E isto não diz respeito somente aos usuários, mas a todos os atores implicados no processo de construção do SUS.

Finalizando-se nas palavras de Teixeira (2004) sobre o *acolhimento dialogado*³⁹,

...todo mundo sabe alguma coisa, ninguém sabe tudo e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades (Teixeira, 2004).

³⁹ Acolhimento dialogado corresponde a uma técnica de conversa para apoiar no processo de conhecimento das necessidades, identificando-as, elaborando-as e negociando-as de forma coletiva (Teixeira, 2004).

À guisa de Encerramento

A proposta desse estudo não foi tentar definir padrões ou estabelecer verdades sobre a atuação do psicólogo em UBS, mas refletir sobre as diversas perspectivas que o trabalho institucional trouxe, principalmente, à prática clínica na atenção básica à saúde. Se em um primeiro momento, o interesse era escolher psicólogos que pudessem relatar sua experiência profissional nesse contexto enfatizando os desafios encontrados, o que se observou ao longo da pesquisa foram depoimentos que também se revelaram históricos, pois eram expressos por profissionais de longa data no serviço público e que fizeram parte e acompanharam os movimentos das políticas públicas de saúde, das prioridades de cada gestão e puderam relatar seus modos de vivenciar todo esse processo.

O momento das entrevistas estimulou a memória de cada participante e, conforme lembravam fatos de sua trajetória profissional desde a escolha pela profissão, eram mobilizados diversos sentimentos, que ora os entusiasmavam, ora os revoltavam, ora os emocionavam e até mesmo faziam de certas perguntas algo novo, que nunca haviam pensado ou questionado. Naquele espaço de ‘entrevista-conversa’, o pesquisador era o principal dispositivo das reações de cada entrevistada, o que nunca fez dele um agente neutro.

Lógico que sempre se espera mais e melhor em relação ao final da pesquisa, mas se acredita que o proposto foi atingido. A sensação de não conclusão é o que mobiliza a constante busca pelo conhecimento de novos caminhos a serem percorridos e novos planos futuros.

Essa pesquisa aguçou a curiosidade por conhecer mais profundamente autores como Merhy e seu conceito de “tecnologia leve”; Lazzarato e Negri e o “trabalho imaterial”; Deleuze, Guatarri, e Foucault, quando discorre sobre “sociedade disciplinar” e “sociedade de controle”. Mesmo em relação à análise institucional, um dos planos é buscar outros autores como Gregório Barenblitt e grupos de estudo universitários brasileiros que têm se dedicado à temática. Estes projetos são uma forma de dar continuidade ao constante processo de aprendizagem.

O desafio agora é articular os dados dessa pesquisa à recente contratação da autora como psicóloga de uma UBS na cidade de São Paulo. Já é possível sentir concretamente muito do que se ouviu através do conteúdo das falas nesse estudo e é preciso ter “jogo de cintura” para negociar ações, posições e se colocar sempre atento a quem e com que propósito se faz o compromisso profissional.

Sem desviar completamente da vida acadêmica, outro plano também é fazer da prática cotidiana a oportunidade de buscar um intercâmbio entre teoria e prática, mantendo-se sempre uma posição crítica, reflexiva e em constante processo de formação, de preferência, que se faça em conjunto com outros profissionais, com a comunidade e com usuários do serviço. A função de docência se faria nesse movimento, bem como um doutorado futuro.

Bibliografia

Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME). *Estatuto* [citado 6 mai 2009]. Disponível em: <http://www.abrasme.org.br>.

Achcar R, Bastos AVB. Dinâmica Profissional e Formação do Psicólogo: uma perspectiva de integração. In: Conselho Federal de Psicologia. *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. 2a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994. p. 299-329.

Albuquerque JAG. *Metáforas da Desordem: o contexto Social da Doença Mental*. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1978.

_____. Descentralização e participação: filosofia e prática de governo. In: Albuquerque JAG, coordenador. *O legado de Franco Montoro*. São Paulo: Fundação Memorial da América Latina/Imprensa Oficial do Estado de São Paulo; 2008. p. 86-98.

Altoé S, organizadora. *René Lourau, analista institucional em tempo integral*. São Paulo: HUCITEC; 2004.

Antunes EH. *Saúde Mental em Atenção Primária no Estado de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1998.

Antunes MAM. *A Psicologia no Brasil: leitura histórica sobre sua constituição*. 3ª ed. revista. São Paulo: EDUC; 2003.

Barros RB. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*. 2005;17 (2):21-5.

Barros RB, Passos E. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2000;16 (1):71-9.

Bastos AVB, Lo Bianco AC, Nunes MLT, Silva RC. Concepções e Atividades Emergentes na Psicologia Clínica: implicações para a formação. In: Conselho Federal de Psicologia. *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. 2a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994. p. 17-100.

Bastos AVB, Bonfim EM, Guedes MC, Witter GP. Atuação do Psicólogo: espaços e movimentos. In: Conselho Federal de Psicologia. *Psicólogo Brasileiro: construção de novos espaços*. 2a ed. ampliada e revisada. Campinas, SP: Editora Alínea; 2005. p.239-255.

Bastos AVB, Francisco AL. Conhecimento, Formação e Prática: o necessário caminho da integração. In: Conselho Federal de Psicologia. *Psicólogo Brasileiro:*

construção de novos espaços. 2a ed. ampliada e revisada. Campinas, SP: Editora Alínea; 2005. p. 71-88.

Bello LM. Jovens infratores e a terapia: uma questão para os “observadores da multiplicidade humana”. *Psicologia: ciência e profissão*. 2001;21(4):34-43.

Bezerra Junior B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Revista Saúde Coletiva*. 2007;17(2):243-250.

Bogus CM, Escuder MML, Martins MCFN, Venâncio SI, organizadores. *Aprimoramento em saúde coletiva: reflexões*. São Paulo: Instituto de Saúde; 2000.

Bock AMB. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. *Estudos de Psicologia*. 1999;4(2):315-329.

Botomé SP. Em busca de perspectivas para a psicologia como área de conhecimento e como campo profissional. In: Conselho Federal de Psicologia. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: EDICON; 1988. p. 273-297.

Braga SG, Morais MLS. Queixa escolar: atuação do psicólogo e interfaces com a educação. *Psicologia USP*. 2007; 18(4):35-51.

Brasil. Leis etc. Lei n.4.119 de 27 de agosto de 1962. *Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de Psicólogo*. Brasília (DF). 1962 [citado 7 ago 2009]. Disponível em: <http://www.pol.org.br/pol/cms/pol/legislação/normatizacao>.

Brasil. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil 1988*. 22a ed. atualizada e ampliada. São Paulo: Saraiva;1999.

Brasil. Leis etc. Lei Federal n.8.080, de 19 de setembro de 1990. *Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências*. Brasília (DF). 1990 [citado 22 set 2009]. Disponível em: <http://www.legislacao.planalto.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria SNAS/MS n. 224 de 29 de janeiro de 1992. *Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial e hospitalar em saúde mental*. Brasília (DF). 1992 [citado 31 ago 2009]. Disponível em: <http://www6.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/legislacao/0161>.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. *Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos*. Brasília (DF). 1996 [citado 27 ago 2009]. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 218 de 06 de março de 1997. *Resolve reconhece como profissionais da saúde de nível superior as seguintes categorias*. Brasília (DF). 1997 [citado 27 ago 2009]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol97/res21897.htm>.

Brasil. Congresso Nacional. Lei Federal n. 9637 de 15 de maio de 1998. *Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que mencionam e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências*. Brasília (DF). 1998. [citado 27 ago 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9637.htm.

Brasil. Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. *Índice de Desenvolvimento Humano – Municipal*, 1991 e 2000. [citado em 27 jan 2010]. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/atlas/ranking>.

Brasil. Leis etc. Lei n.10.216 de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. *Caderno Informativo*. Brasília (DF). 2001 [citado 31 ago 2009]. Disponível em: <http://www.legislacao.planalto.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual do Programa De Volta para Casa*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Residências Terapêuticas: o que são e para que servem*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004b.

Brasil. Ministério da Saúde. Organização Panamericana da Saúde. Organização Mundial da Saúde. *Carta de Brasília 2005*. Princípios Orientadores para o Desenvolvimento da Atenção em Saúde Mental nas Américas. Brasília (DF): MS/OPAS/OMS; 2005a [citado 31 ago 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/ACTA_BRASILIA_PORTUGUES_final.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Brasília (DF): OPAS; 2005b. [citado 31 ago 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_15_anos_caracas.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde/DAPE. *Saúde Mental no SUS: acesso ao tratamento e mudança do modelo de atenção*. Relatório de Gestão 2003-2006. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF). 2008 24 jan; Seção 1[citado 3 set 2009]. Disponível em: http://www.conasems.org.br/files/DO1_2008_01_25.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *O HumanizaSUS na atenção básica*. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Ministério do Trabalho. Catálogo Brasileiro de Ocupações. *Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil* [on line]. [citado 24 jun 2010]. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br>.

Cadernos de Saúde Pública. *Registro*. 1986;3:383-384.

Câmara SG, Rutsatz SNB. O psicólogo na Saúde Pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. *Aletheia*. 2006;23:55-64.

Cambráia M. *Políticas de Saúde Mental no Estado de São Paulo: o cenário das mudanças ocorridas entre 1990 e 2004* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2004.

Campos RO, Figueiredo MD. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009; 14(1):129-38.

Capucci F. As mudanças na política de saúde em São Paulo: a gestão descentralizada. In: Souza MF, Mendes A. *Tempos Radicais da Saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*, São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 43-73.

Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. *Texto Contexto Enfermagem*. 2006;15(4): 679-84.

Castanho MIS. *Da Educação para a Saúde: o processo de construção da identidade do psicólogo* [Tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1996.

Ciamponi MHT, Peduzzi M. Trabalho em equipe e trabalho em grupo no Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2000;53: 143-7.

Coelho EC. Físicos, sectários e charlatões: a medicina em perspectiva histórica-comparada. In: Machado MH, organizadora. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 1995. p. 119-132.

Cohn A, Elias P. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. 5a ed. São Paulo: Cortez/CEDEC; 2003.

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978; Alma-Ata, URSS. *Declaração de Alma-Ata*. Alma-Ata; 1978.

Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde; 1986; Ottawa, Canadá. *Carta de Ottawa para a promoção da saúde*. Ottawa; 1986.

Conferência Regional para a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica dentro dos Sistemas Locais de Saúde; 1990; Caracas, Venezuela. *Declaração de Caracas*. Caracas:OMS/OPAS; 1990.

Conselho Federal de Psicologia. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: EDICON; 1988.

_____. *Atribuições profissionais do psicólogo no Brasil*. Contribuição do Conselho Federal de Psicologia ao Ministério do Trabalho para integrar o catálogo brasileiro de ocupações; 1992 [citado 24 jun 2009]. Disponível em: http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/atr_prof_psicologo.pdf.

_____. *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. 2a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1994.

_____. *Psicólogo Brasileiro: construção de novos espaços*. 2a ed. ampliada e revisada. Campinas, SP: Editora Alínea; 2005.

_____. Resolução n. 001 de 30 de março de 2009. *Dispõe sobre a obrigatoriedade do registro documental decorrente da prestação de serviços psicológicos*. Brasília (DF). 2009 [citado 27 mai 2010]. Disponível em: <http://www.pol.org.br>.

Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. *Atuação dos Psicólogos em Serviços de Atenção Básica à Saúde*. Brasília (DF): CFP/CREPOP; 2008. Relatório de Pesquisa CFP/CREPOP.

Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. Ano da psicoterapia: em busca de referências. *Jornal Psi*, São Paulo. 2009 abr/mai 160.

CREPOP – CFP/BRASIL. *Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas/CREPOP*. Texto de divulgação. Brasília: Conselho Federal de Psicologia – CFP; 2007 [citado 23 nov 2008]. Disponível em <http://crepop.pol.org.br>.

Daún Junior N. Neoliberalismo, Luta Antimanicomial e Pós-neoliberalismo. In: Costa ES, Fernandes MIA, Scarcelli IR, organizadores. *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1999. p. 57-73.

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

_____. O psicólogo e o compromisso social no contexto da Saúde Coletiva. *Psicologia em Estudo*. 2001;6(2): 57-63.

Donnangelo MCF, Pereira L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades; 1976.

Donnini OA. A reorganização da gestão de saúde em São Paulo. In: Souza MF, Mendes A. *Tempos Radicais da Saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*, São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 31-42.

Fernandes MIA, Scarcelli IR. Psicologia e políticas públicas de saúde: da construção de modelos à implementação de práticas. In: Amarante P, coordenador. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: NAU Editora; 2005. p. 67-90.

Ferreira Neto JL. *A formação do psicólogo: clínica, social e mercado*. São Paulo: Escuta; 2004.

Ferreira AA, Witter GP. Formação do Psicólogo Hoje. In: Conselho Federal de Psicologia. *Psicólogo Brasileiro: construção de novos espaços*. 2a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p. 15-39.

Feuerwerker LCM. Educação dos profissionais de Saúde hoje – problemas, desafios, perspectivas e as propostas do Ministério da Saúde. *Revista da ABENO*. 2003;3(1):24-27.

Fier F. O SUS e as Organizações Sociais. *Saúde em Debate*. 1996;52:83-89.

Figueiredo MD, Onocko-Campos R. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(1):129-138.

Fleury S, Giovanella L. Universalidade da Atenção à Saúde: Acesso como Categoria de Análise. In: Eibeschutz C, organizadora. *Política de saúde: o público e o privado*. 20a ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1996. p. 177-198.

1o Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública. *Contribuições Técnicas e Políticas para avançar o SUS*. Brasília (DF): Relatório Final; 2006 [citado 23 nov 2008]. Disponível em: <http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/saude-publica.pdf>.

Franco A, Mota E. Distribuição e atuação dos psicólogos na rede de unidades públicas de saúde no Brasil. *Psicologia: ciência e profissão*. 2003;23(3): 50-9.

Freire P. O compromisso do Profissional com a Sociedade. In: Freire P. *Educação e Mudança*. 9a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983. p. 15-25.

_____. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 37a ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996. p. 21-45.

Furtado JP, Onocko-Campos RT. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*. 2006;22(5):1053-1062.

Giordano Junior S. *A persistência da higiene e a doença mental: contribuição à história das políticas de saúde mental no Estado de São Paulo* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1989.

Giordano Junior S, Pereira LMF. Saúde mental. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2a ed. São Paulo: HUCITEC; 2000.

Gomes AD. Instituição e institucionalistas. *Análise Psicológica*. 1979;2(3):345-352.

Gonçalves CLC, Napolitano JR, Witter C, Witter GP, Yukimitsu MTCP. Formação e Estágio Acadêmico em Psicologia no Brasil. In: Conselho Federal de Psicologia. *Psicólogo Brasileiro: construção de novos espaços*. 2a ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2005. p. 41-69.

Guirado M. *Psicologia Institucional*. São Paulo: EPU; 1987.

Hirdes A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009;14(1):297-305.

Hoisel-Pitta AM. *Sobre uma Política de Saúde Mental* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1984.

Jackson AL, Cavalari CD. *Estudo sobre a inserção do psicólogo nas unidades básicas de saúde*. São Paulo: CRP; 1991.

Junqueira V. *Saúde na cidade de São Paulo (1989 a 2000)*. Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 3. São Paulo: Instituto Polis/PUC-SP; 2002.

Kamkhagi VR, Saidon O. *Análise Institucional no Brasil*. 2a ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1991.

Kayano J. *Saúde: controle social e política pública*. Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 29. São Paulo: Instituto Polis; 2007.

Kind L. Aproximações entre a psicologia social e a saúde coletiva. In: Mayorga C, Prado MAM, organizadores. *Psicologia Social: articulando saberes e fazeres*. Belo Horizonte: Autêntica; 2007. p. 255-269.

L'abbate S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2003;8(1):265-74.

L'abbate S, Luzio CA. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2006;10(20):281-198.

Langenbach M, Negreiros TCG. A Formação Complementar: um labirinto profissional. In: Conselho Federal de Psicologia. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: EDICON; 1988. p. 86-99.

Lapassade G. *Grupos, Organizações e instituições*. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora; 1977.

Leonardis O, Mauri D, Rotelli F. Desinstitucionalização, uma outra via: A Reforma Psiquiátrica Italiana no Contexto da Europa Ocidental e dos “Países Avançados”. In: Nicácio F, organizadora. *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC; 1990. p. 17-59.

_____. Prevenir a Prevenção. In: Nicácio F, organizadora. *Desinstitucionalização*. São Paulo: HUCITEC; 1990. p. 65-87.

Lima M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória psicológica em Unidade Básica de Saúde. *Psicologia em Estudo*. 2005;10(3):431-440.

Lopes IC. Centros de Convivência e Cooperativas: reinventando com arte agenciamentos de vida. In: Costa ES, Fernandes MIA, Scarcelli IR, organizadores. *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1999. p. 139-162.

Lourau R. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

_____. *A Análise Institucional*. 2a ed. revista. Petrópolis, RJ: Vozes; 1995.

_____. Uma apresentação da Análise Institucional. In: Altoé S, organizadora. *René Lourau, analista institucional em tempo integral*. São Paulo: HUCITEC; 2004. p. 128-139.

Machado MH. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: Machado MH, organizadora. *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fio Cruz; 1995. p. 13-33.

Martín-Baró I. O papel do Psicólogo. *Estudos de Psicologia*. 1996;2(1):7-27.

Martins STF, Vecchia MD. Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*. 2009;13(28):151-164.

Massimi M. *História da psicologia brasileira: da época colonial até 1934*. 1a reimpressão. São Paulo: EPU; 1990.

_____, organizadora. *História da psicologia no Brasil do século XX*. São Paulo: EPU; 2004.

Mello SL. *Psicologia e profissão em São Paulo*. 1a ed., 5a impressão. São Paulo: Ática; 1983.

Mendes-Gonçalves RB. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR*. Textos, 1. São Paulo: CEFOR; 1992.

_____. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1994.

Menezes PR, Silva ATCS. Esgotamento profissional e transtornos mentais comuns em agentes comunitários de saúde. *Revista de Saúde Pública*. 2008;42(5):921-9.

Merhy EE. *Saúde, a cartografia do trabalho vivo*. 3a ed. São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? *Caderno de Saúde Pública*. 1993;9(3):239-262.

Movimento Nossa São Paulo. *Indicadores Básicos da cidade de São Paulo 2009*. São Paulo: Movimento Nossa São Paulo; 2009.

Oliveira IF. *A Psicologia no Sistema de Saúde Pública: diagnóstico e perspectivas* [tese]. São Paulo: Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo; 2005.

Paulon SM. A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. *Psicologia & Sociedade*. 2005;17(3):18-25.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: interface entre trabalho e interação [tese]. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*. 2001;35(1):103-109.

Pereira FM, Pereira Neto A. O psicólogo no Brasil: Notas sobre seu processo de profissionalização. *Psicologia em estudo*. 2003;8(2):19-27.

Pessoti I. Notas para uma História da Psicologia Brasileira. In: Conselho Federal de Psicologia. *Quem é o psicólogo brasileiro?* São Paulo: EDICON; 1988. p. 17-31.

Ribeiro S, Luzio CA. O processo de constituição das diretrizes curriculares para os cursos de psicologia. In: Anais do XIX Encontro de Psicologia e VI Encontro do Pós-Graduação em Psicologia; 2006; Assis-SP:UNESP Assis; 2006 [citado 24 mar 2009].Disponível em: http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/139_SERGIO_LUIZ_RIBEIRO.pdf.

Rodrigues MC, Ronzani TM. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicologia: ciência e profissão*. 2006;26(1):132-43.

Romagnoli RC. A formação dos psicólogos e a saúde pública. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*. 2006;1(2):1-15.

Saadallah MM. A Psicologia frente às políticas públicas. In: Mayorga C, Prado MAM, organizadores. *Psicologia Social: articulando saberes e fazeres*. Belo Horizonte: Autêntica; 2007. p. 159-172.

Saidón O. *Devires da clínica*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

Santos JLFS, Westphal MF. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. *Estudos Avançados*. 1999;13(35):71-88.

São Paulo. Governo do Estado. *A batalha da Saúde no Governo Montoro*. São Paulo: PW; 1987.

São Paulo. Governo do Estado. Saúde Mental e Democracia. In: São Paulo. Governo do Estado. *A batalha da Saúde no Governo Montoro*. São Paulo: PW; 1987.

São Paulo. Governo do Estado. Lei Estadual n. 846 de 4 de junho 1998. *Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais e dá outras providências*. 1998. São Paulo. [citado 24 jun 2010]. Disponível em: <http://www.iabas.org.br/IABAS-VO/LeiComplementar-846.pdf>.

Saraceno B. Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria. In: Pitta A, organizadora. *Reabilitação Psicossocial no Brasil* 2a ed. SaúdeLoucura 10. São Paulo: HUCITEC; 2001. p. 150-154.

Scarcelli IR. Trabalhadores em saúde mental e a rede substitutiva paulistana: os interstícios da prática. In: Costa ES, Fernandes MIA, Scarcelli IR, organizadores. *Fim de século: ainda manicômios?* São Paulo. Universidade de São Paulo. Instituto de Psicologia; 1999. p. 187-205.

Schraiber LB. Educação médica e estrutura social. In: Schraiber LB. *Educação médica e capitalismo: um estudo das relações educação e prática médica na ordem social capitalista*. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO; 1989.

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Editora Hucitec; 1993.

_____. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de. Saúde Pública*. 1995;29(1):63-74.

_____. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2a ed. São Paulo: HUCITEC; 2000.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: HUCITEC; 2000. p. 29-47.

1o Seminário Nacional de Saúde Mental nas Grandes Cidades; 2008; Campinas, SP. *Carta de Campinas*. Campinas: Ministério da Saúde/Prefeitura de Campinas/Universidade Estadual de Campinas; 2008 [citado 22 jul 2009]. Disponível em: http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/CartadeCampinas,de18dejunhode2008.pdf

Silva RC. *O trabalho do psicólogo em Centros de Saúde: algumas reflexões sobre as funções da psicologia na atenção primária à saúde* [tese]. São Paulo: Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo; 1988.

Silva ZP. *A política municipal de saúde (2001 a 2003)*. Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 19. São Paulo: Instituto Polis/PUC-SP; 2004.

Souza MF, Mendes A. *Tempos Radicais da Saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*, São Paulo: HUCITEC; 2003.

Spink MJP. *Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2003.

_____, coordenadora. *A Psicologia em Diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. Relatório Final. São Paulo: ABEPsi/MS/OPAS/OMS; 2006 [citado 22 nov 2008]. Disponível em: <http://www.bvs-psi.org.br/PsicologiaemDialogoSUS2006.pdf>

Stralen CJ van. Psicologia Social e Saúde Coletiva. In: Mayorga C, Prado MAM, organizadores. *Psicologia Social: articulando saberes e fazeres*. Belo Horizonte: Autêntica; 2007. p. 271-291.

Teixeira RT. Informação e Comunicação. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. 2a ed. São Paulo: HUCITEC; 2000. p. 251-261.

_____. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. *Working-paper*. In: Research Conference - Rethinking “the public” in Public Health: Neoliberalism, Structural Violence, and Epidemics of Inequality in Latin America; 2004; San Diego: Center for Iberian and Latin American Studies, University of California; 2004.

_____. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(3): 585-97.

_____. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. *Interface*. 2009; 13(suppl.1): 785-89.

Tomaz JBC. O Agente Comunitário de Saúde não deve ser um “super-herói”. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2002;6(10):75-94.

Turato ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista Saúde Pública*. 2005;39(3):507-14.

Velasques MB. *Intervenções de Psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde do grande ABC* [dissertação]. São Bernardo do Campo, SP: Universidade Metodista de São Paulo (UMESP); 2003.

Wertheim J. A mensagem da UNESCO: o SUS em São Paulo. In: Souza MF, Mendes A. *Tempos Radicais da Saúde em São Paulo: a construção do SUS na maior cidade brasileira*, São Paulo: HUCITEC; 2003. p. 79-84.

Yamamoto OH, Câmara RA, Dantas, CMB, Silva, FL. Espaços, práticas: O que há de novo na psicologia no Rio Grande do Norte? *Psicologia em Estudo*. 2001;6(2):65-72.

Yamamoto OH, Costa ALF, Dantas CMB, Dadelha TMS, Oliveira IF, Ribeiro EMPC. A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. *Interação em Psicologia*. 2005;9(2): 273-83.

ANEXOS

Anexo A – Aprovação no Comitê de Ética da CAPPesq

APROVAÇÃO

A Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq da Diretoria Clínica do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de 04.02.09, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **1075/08**, intitulado: **"Entre o privado e o coletivo – O olhar do psicólogo sobre sua atuação em Unidades Básicas de Saúde em um distrito da Cidade de São Paulo"**, apresentado pelo **DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA**, inclusive Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar à CAPPesq, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: **Líli Blima Schraiber**

Pesquisador (a) Executante : Auryana Maria Archanjo

CAPPesq, 09 de fevereiro de 2009

Prof. Dr. Eduardo Massad
Presidente da Comissão de
Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa

Anexo B – Aprovação no Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo (CEP-SMS)

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 11 de novembro de 2008.
PARECER Nº 290/08 – CEP/SMS
CAAE: 0168.0.162.162-08

Para
Auryana Maria Archanjo
Sr(a) Pesquisadora

IDENTIFICAÇÃO

Projeto de Pesquisa: ENTRE O PRIVADO E O COLETIVO. O olhar do psicólogo sobre sua atuação em Unidades Básicas de Saúde em um distrito da cidade de São Paulo (Mestrado)

Pesquisador Responsável: Auryana Maria Archanjo.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Lília Blima Schraiber

Instituição: FACULDADE DE MEDICINA DA USP. DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA

Local onde os dados serão coletados: Unidades Básicas de Saúde na região centro-oeste da cidade de São Paulo

Patrocinador: Bolsa CNPq e recursos do Programa de Pós-Graduação

I - Sumário Geral do Protocolo

"A realização desta pesquisa é justificada pelos poucos estudos sistematizados sobre a atuação do psicólogo na atenção primária à saúde na cidade de São Paulo, pela importância histórica que a área da saúde tem tido na inserção deste profissional na saúde pública e na revisão das práticas e da formação do psicólogo no espaço do coletivo e pelo momento que vivenciamos de mobilização em conhecer mais consistentemente as práticas desse profissional. É também importante para pensar políticas públicas para a saúde mental na atenção básica, para pensar perspectivas de atuação mais condizente com as realidades das demandas e, tão importante quanto, contribuir para a melhora na qualidade do atendimento e no acesso à população aos serviços prestados pela Psicologia nas UBS."

Objetivos: Conhecer a atuação dos psicólogos exercida em Unidades Básicas de Saúde (UBS) nos dias atuais em um distrito da cidade de São Paulo a partir do olhar que o profissional tem de sua própria atuação e das relações estabelecidas com os usuários/ demandas, com a equipe, a instituição e a comunidade.

Metodologia: Trata-se de uma pesquisa qualitativa com uso de entrevistas semi-estruturadas.

Sujeitos de pesquisa: 20 psicólogos (as) que trabalham em Unidades Básicas de Saúde em um distrito da cidade de São Paulo, que têm, pelo menos, um ano de atuação profissional neste espaço; a amostragem será realizada pelo critério de saturação.

Local da pesquisa: região centro-oeste da cidade de São Paulo, referente aos bairros de Butantã e Lapa-Pinheiros.

Esta escolha é justificada pela facilidade na localização e no contato direto com os sujeitos de pesquisa por serem bairros que se localizam nas proximidades da Faculdade de Medicina da USP.

Trabalho de Campo: As entrevistas seguirão um roteiro com questões-chave que abordem os aspectos da atuação profissional do psicólogo em UBS a partir da percepção que tem de seu próprio trabalho. A previsão para se realizar todas as entrevistas é de aproximadamente três meses. As mesmas poderão ser realizadas no local que melhor convier ao entrevistado. As entrevistas serão gravadas e, em seguida, transcritas, procedendo-se à conferência de fidelidade, como recomenda a técnica de entrevistas gravadas.

Análise dos Resultados: Utilização da análise de conteúdo. A análise interpretativa segue dois caminhos: leitura individual de cada entrevista produzida; após, será feita uma leitura comparativa dos depoimentos.

II - Considerações

A Folha de Rosto está corretamente preenchida, o currículo do pesquisador responsável está de acordo com a proposta da pesquisa, cronograma e orçamento detalhado da pesquisa estão adequados. Há tratamento adequado dos dados/ informações, há pertinência e valor científico no estudo proposto (vide sumário).

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

CAAE: 0168.0.162.162-08

* A metodologia é adequada aos objetivos e não impõe condição de risco/ desconforto ao sujeito da pesquisa e seus direitos estão garantidos (informação, privacidade, recusa inócua, desistência, indenização, ressarcimento, continuidade do atendimento, acesso ao pesquisador e CEP, etc.).

• **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

É conciso e objetivo, está redigido na forma de convite à participação no estudo, a linguagem é adequada ao nível sócio-cultural dos sujeitos de pesquisa, há descrição suficiente dos procedimentos e explicitação das garantias referidas no item IV. 1 da Res.CNS 196/96.

Permite uma decisão consciente do sujeito da pesquisa e sua saída da experimentação, sem prejuízo. São descritos os procedimentos para a obtenção do TCLE e foram considerados adequados.

III. Parecer do CEP: Projeto APROVADO

Visto que o CEP teve alterações no seu endereço, solicitamos atenção para a necessidade de re-
tificação do mesmo para: Comitê de Ética em Pesquisas da Secretaria Municipal da Saúde de São
Paulo - Rua General Jardim, 36 - 8º andar - Telefone: 33972464 - e-mail: smscep@gmail.com .

Antes do início da coleta de dados, alertamos para a necessidade de contato com o gerente da
unidade quando não foi ele quem autorizou a realização da pesquisa.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo
aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de
forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. O
relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

Atenciosamente,

Jose Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa da
Secretaria Municipal da Saúde - CEP/SMS

Anexo C – Adendo ao Projeto quanto ao título da dissertação (CEP-SMS)

Secretaria Municipal da Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP/SMS

1

São Paulo, 18 de fevereiro de 2010.
PARECER Nº 52/10 – CEP/SMS
CAAE: 0168.0.162.162-08

Para
Auryana Maria Archanjo
Sr(a) Pesquisadora

I - IDENTIFICAÇÃO

Projeto de Pesquisa: ENTRE O PRIVADO E O COLETIVO. O olhar do psicólogo sobre sua atuação em Unidades Básicas de Saúde em um distrito da cidade de São Paulo (Mestrado)
Pesquisador Responsável: Auryana Maria Archanjo.
ORIENTADORA: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber
Instituição: Faculdade De Medicina da USP. Departamento de Medicina Preventiva.
Local onde os dados serão coletados: Unidades Básicas de Saúde na região centro-oeste da cidade de São Paulo
Patrocinador: Bolsa CNPq e recursos do Programa de Pós-Graduação

II – Adendo ao projeto quanto ao Título, enviado pela pesquisadora em 11/02/10:

“Encaminho a mudança de título de minha dissertação.
Dados de identificação:
CAAE: 0168.0.162.162-08 - Parecer número 290/08 - CEP/SMS

Título inicial:

ENTRE O PRIVADO E O COLETIVO: O olhar do psicólogo sobre sua atuação em Unidades Básicas de Saúde em um distrito da cidade de São Paulo

Novo título:

ENTRE O PRIVADO E O COLETIVO: A atuação do psicólogo em Unidades Básicas de Saúde da Coordenadoria de Saúde Centro-Oeste da cidade de São Paulo.

O estudo não mudou em nada; o novo título apenas é mais direto e preciso e foi sugestão da qualificação realizada em 30/11/2009.”

III. Considerações

O novo título do projeto apresenta maior precisão em relação ao título anterior, portanto a alteração é bem vinda. Do ponto de vista ético, este adendo não muda a essência do estudo.

IV - Parecer do CEP: Adendo APROVADO

Este CEP alterou o nome do projeto no SISNEP em 18/02/2010.

Lembramos que o relatório final deve ser apresentado ao CEP, logo que o estudo estiver concluído.

José Araújo Lima Filho
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/SMS

Anexo D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, abaixo assinado, concordo em conceder uma entrevista gravada à pesquisadora Auryana Maria Archanjo. Fui informado(a) que esta entrevista fará parte de seu material para a dissertação de mestrado intitulada “Entre o privado e o coletivo: o olhar do psicólogo sobre sua atuação em Unidades Básicas de Saúde em um distrito da cidade de São Paulo”*, que tem como objetivo estudar o exercício da profissão do psicólogo em Unidades Básicas de Saúde nos dias atuais e que está sendo desenvolvida no Programa de Pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva junto à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).

Fui informado também sobre os procedimentos de coleta e análise dos dados e que a pesquisadora se compromete em manter sigilo sobre a minha identidade e da instituição onde trabalho no uso das informações dessa entrevista, resguardando meu nome e dados que possam eventualmente possibilitar minha identificação. Ela também garante que as informações por mim concedidas não acarretarão em nenhum prejuízo à minha pessoa e serão utilizadas exclusivamente para dados de pesquisa. Compreendo que minha participação é inteiramente voluntária não acarretando em despesas pessoais para mim nem compensação financeira e que posso interromper as informações a qualquer momento.

Entendo que minhas respostas serão importantes para ajudar no estudo da profissão e seu exercício no setor público e que em caso de qualquer dúvida posso entrar em contato com a Instituição sede do projeto.

São Paulo, de de 200

Nome:

Assinatura do Entrevistado

Assinatura do Pesquisador

Endereço Institucional: Av Dr Arnaldo 455. 2º andar. Telefone: 011 3061 7085
Pesquisadora responsável: Auryana Maria Archanjo
Orientadora: Profa. Dra. Lília Blima Schraiber

* O título foi posteriormente alterado para o atual e aprovado pelos dois Comitês de Ética.

Anexo E – Roteiro de Entrevista

Data da entrevista:	Duração:	Local:
Dados de Identificação Profissional		
Nome (iniciais):		
Sexo:		
Cargo:		
Tipo de vínculo (contratado/concursado/prestador de serviço):		
Carga horária:		
Tempo de trabalho em UBS:		
Tempo de trabalho no serviço público:		
Graduação:		
Bairro de moradia:		

1. Formação

- Por que escolheu fazer psicologia?
- Com quais disciplinas e práticas mais se identificava na faculdade? Por quê?
- Quais estágios obrigatórios cumpriu? Por quê os escolheu?
- Fez alguma pós-graduação (lato-sensu, stricto-sensu)? Qual(is) área(s)? Por quê a(s) escolheu?

2. Trajetória Profissional: breve histórico desde a escolha profissional até os dias atuais.

2.2 Atuação Profissional Geral

- Em quais áreas da psicologia já atuou após a graduação?
- Que práticas desenvolvia em cada uma delas?
- Como surgiu a oportunidade para trabalhar no setor público de saúde?
- Por que escolheu esta área de atuação?
- Além da UBS, já trabalhou em outras instituições públicas? Quais? Que trabalho desempenhava?
- Atualmente, realiza alguma outra atividade remunerada além da que desenvolve no setor público? Qual?

2.3 Atuação Profissional em UBS

Caracterização da UBS (PSF, AMA, CSE, UBS tradicional): _____

2.3.1 Como percebe sua atuação no SUS/APS/UBS.

- Para você, o que é saúde?

- b. Como você conceitua atenção primária à saúde?
- c. Você percebe diferenças de atuação e postura do psicólogo nos três níveis de atenção à saúde (primário, secundário, terciário)? Se sim, quais?
- d. O que faz o psicólogo na UBS?
- e. Além do que você citou, você vê outros papéis/funções possíveis para o psicólogo na UBS?
- f. Quais atividades você desenvolve na UBS? Como as desenvolve?
- g. Você desenvolve alguma atividade externa?
- h. Que abordagens teóricas e quais instrumentais você utiliza?
- i. Quais práticas você realiza e considera como sendo específica do psicólogo na UBS?
- j. Quais práticas você realiza e não considera como sendo específica do psicólogo na UBS?
- k. Você percebe atividade(s) que você considera como sendo inovadora(s) na atuação do psicólogo na UBS? Qual(s)? Por quê?
- l. Você acha que o psicólogo que atua em UBS tem conseguido alcançar os princípios do SUS de universalidade, integralidade e equidade? Se sim, de que forma? Se não, o que precisaria fazer para atingi-los?

2.3.2 Como lida com os usuários/demandas da UBS.

- a. Quem são os usuários que você atende na UBS (sexo, idade, condição sócioeconômica, grau de escolaridade)?
- b. Qual a principal via de acesso do usuário (encaminhamento, espontâneo)?
- c. Qual(is) a(s) principal(s) demanda(s) para o psicólogo em UBS?
- d. Quais são os encaminhamentos que você realiza? Quando os faz, que critérios utiliza?
- e. Qual a área de abrangência de sua unidade?
- f. No Geral, quais as principais necessidades dos usuários dessa área de abrangência?
- g. Que visão você acha que o usuário tem em relação ao serviço de psicologia na UBS?

2.3.3 Como lida com a equipe multiprofissional.

- a. Quem são os trabalhadores da UBS no geral?
- b. Quem faz parte da equipe de Saúde Mental?
- c. Com quem você estabelece mais relações profissionais, com quem estabelece menos e com quem não tem contato?
- d. Que trabalhos você realiza em conjunto com a equipe e quais realiza sozinho?
- e. Qual papel você acha que desempenha dentro da equipe multiprofissional?
- f. Qual o papel você percebe que a equipe lhe atribui?

2.3.4 Como lida com os aspectos institucionais.

- a. Que lugar você se sente ocupando na UBS?
- b. Que lugar você sente que a gerência o coloca?
- c. Você se sente respaldado institucionalmente para realizar um trabalho de qualidade (recursos materiais, estrutura física, supervisão, apoio multiprofissional etc.)?
- d. Para você, o que seria o psicólogo fazer um trabalho de qualidade na atenção primária?
- e. Como você percebe a comunicação entre os diversos setores na UBS?
- f. Com que frequência têm reuniões de equipe? Como você percebe esses momentos (produtivo, tenso, interativo, etc.)?

2.3.5 Realização de trabalho comunitário.

- a. Você indica instituições de apoio aos seus usuários, quando necessário?
- b. Quais as principais instituições de apoio você já indicou?
- c. Quais instituições/órgãos você busca apoio para sua atuação, quando necessário?
- d. Você tem contato com outras instituições onde seus usuários freqüentam (escola, igreja, albergues, abrigos, outras instituições de saúde, etc.)? Como se dá esse contato (presencial, telefone) e com que freqüência?

3. Considerações finais sobre a atuação do psicólogo em UBS: aspectos reflexivos.

- a. Quais os pontos positivos e negativos da atuação do psicólogo em UBS?
- b. Em sua opinião, o que deve ser feito para melhorar ou sanar os pontos negativos?
- c. Você acha que foi preparado(a) na graduação para atuar em atenção primária?
- d. Que outras disciplinas/áreas do conhecimento você considera como de fundamental importância para contribuir na atuação do psicólogo em atenção primária à saúde?
- e. Quais as suas expectativas em relação a seu trabalho em UBS?
- f. Você consegue visualizar para onde caminha (perspectivas futuras) o trabalho do psicólogo na saúde pública, mais especificamente na atenção primária à saúde?

Anexo F – Tabela de indicadores básicos por bairro

Tabela 1 – Índice dos indicadores básicos por bairro

	Índice/bairro	Butantã	Lapa	Pinheiros	Melhor índice	Pior índice	Meta
	Indicador						
SAÚDE	Unidades de Atendimento básico(1)	0,68	0,73	0,44	1,23	0,36	01 UBS/ 15 mil habitantes
	Baixo peso ao nascer(2)	9,32	7,87	8,47	7,87	11,1	7,87
	Gravidez Precoce(3)	12,37	7,76	2,35	2,35	20,2	2,35
	Leitos Hospitalares (4)	3,45	3,37	14,73	24,29	0,00	2,5 leitos/ 1000 habitantes
	Mortalidade infantil(5)	7,51	7,76	6,14	6,14	17,42	6,14
VIOLÊNCIA	Agressão a crianças(6)	151,23	138,02	211,81	67,23	382,65	Melhor índice: zerar a curto prazo
	Agressão a mulheres(7)	144,34	106,86	60,64	42,99	234,48	Melhor índice: zerar a curto prazo
	Crimes violentos fatais (8)	15,12	22,71	11,8	8,97	47,88	8,97
	Homicídio juvenil(9)	44,02	45,26	0,0	0,0	97,35	0,0
TRABALHO E RENDA	Desemprego juvenil (10)	13,86	13,86	13,86	12,78	21,48	12,78
	Renda mensal média (11)	2.636 reais	2.636 reais	2.636 reais	2.636 reais	772 reais	1.262 reais
HABITAÇÃO	Favelas(12)	20,82	8,16	0,91	0,31	40,41	0,31
EDUCAÇÃO	Demanda de creche(13)	55,19	66,85	55,08	67,88	34,03	Zerar até 2012
	Demanda pré-escolar (14)	90,78	96	93,88	96,24	75,08	Zerar até 2012
	Abandono no Ensino Fundamental total(15)	0,99	1,0	0,24	0,24	2,3	Zerar até 2012
	Analfabetismo (16)	2,54	2,54	2,54	2,1	6,32	Erradicar até 2011
	Abandono no Ensino Médio total(17)	4,99	3,58	3,23	2,53	11,79	Zerar em 2012
ESPORTE	Unidades esportivas públicas (18)	4,23	7,85	0,0	10,57	0,0	01 unidade/ distrito
CULTURA	Cinemas (19)	4,58	4,2	13,36	20,61	0,0	Mínimo 01/distrito
	Teatros (20)	1,58	11,05	9,47	54,21	0,0	Mínimo 01/distrito

Fonte: Movimento Nossa São Paulo. *Indicadores básicos de São Paulo 2009*. São Paulo: Movimento Nossa São Paulo; 2009. (adaptado)

(continua)

- (1) Número de unidades básicas públicas de atendimento em saúde por 20 mil habitantes.
- (2) Percentual de crianças nascidas vivas com menos de 2,5kg.
- (3) Percentual de nascidos vivos cujas mães tinham 17 anos ou menos, sobre o total de nascidos vivos.
- (4) Número de leitos hospitalares públicos e privados por mil habitantes.
- (5) Óbitos de crianças menores de um ano em cada mil nascidas vivas.
- (6) Número de internações de crianças de 0 a 14 anos por causas relacionadas a possíveis agressões, por cem mil crianças nessa faixa etária.
- (7) Número de internações de mulheres de 20 a 59 anos por causas relacionadas a possíveis agressões, por cem mil mulheres nessa faixa etária.
- (8) Número de crimes violentos fatais por cem mil habitantes, por local de ocorrência (roubos, seqüestros e agressões seguidos de morte).
- (9) Número de óbitos por homicídio de jovens do sexo masculino de 15 a 29 anos, por cem mil habitantes dessa faixa etária e sexo.
- (10) Taxa média de desemprego de 16 a 29 anos.
- (11) Rendimento médio proveniente do trabalho, em reais.
- (12) Percentual de domicílios em favelas sobre o total de domicílios da subprefeitura.
- (13) Porcentagem de matrículas efetuadas sobre o total de procuras por vagas.
- (14) Porcentagem de matrículas sobre o total de procuras por vagas.
- (15) Percentual de alunos que abandonaram o ensino fundamental na rede pública e privada.
- (16) Porcentagem da população analfabeta com 16 anos ou mais.
- (17) Percentual de alunos que abandonaram o ensino médio nas redes pública e privada.
- (18) Percentual das unidades públicas de esporte em cada subprefeitura, sobre o total do município.
- (19) Percentual das salas de cinema em cada subprefeitura sobre o total de salas da cidade.
- (20) Percentual das salas de teatro em cada subprefeitura sobre o total de salas da cidade.