

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

THAISA CORTELLAZZI

Entre o público e o privado: os desafios para psicólogos trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde geridas por Organizações Sociais (OSS)

São Paulo

2023

THAISA CORTELLAZZI

Entre o público e o privado: os desafios para psicólogos trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde geridas por Organizações Sociais (OSS)

Versão Corrigida

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Psicologia Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Inês Assumpção Fernandes

São Paulo

2023

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catologação na publicação Biblioteca Dante Moreira Leite Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Cortellazzi, Thaisa

Entre o público e o privado: os desafios para psicólogos trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde geridas por Organizações Sociais (OSS) / Thaisa Cortellazzi; orientador Maria Inês Assumpção Fernandes . -- São Paulo, 2023. 108 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2023.

1. SUS. 2. Unidades Básicas de Saúde. 3. OSS. 4. Grupo. 5. Instituição. I. Assumpção Fernandes , Maria Inês , orient. II. Título.

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Mestre em Psicologia

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr
Instituição:
Julgamento:

Prof. Dr
Instituição:
Julgamento:

À minha mãe, Nicéia, por me oferecer tanto cuidado e amor. À minha pequena Valentina, por me ensinar todos os dias sobre o que de fato é importante.

Ao Raphael, meu companheiro de todas as horas, pelo suporte, carinho e incentivo constante para a realização deste trabalho.

Agradecimentos

Agradeço à Universidade de São Paulo e à sociedade, pela possibilidade de formação gratuita e pública.

À minha orientadora, Prof^a Dr^a Maria Inês Assumpção Fernandes, por toda a paciência, cuidado e acolhimento ao longo destes 4 anos. Suas palavras sempre me incentivaram a continuar esta pesquisa, em meio a tantos desafios.

Aos colegas do Laboratório de Psicanálise e Psicologia Social (LAPSO), principalmente aos colegas João, Lídice, Renata, Mariana pelas trocas, desabafos, risadas e reflexões.

Aos psicólogos trabalhadores da UBS, pela disponibilidade para as entrevistas, em confiarem a tarefa de ser voz, na busca pela prática da Psicologia comprometida com os desafios de uma saúde pública de qualidade.

Aos professores Ianni Scarcelli, Luis Guilherme Galeão Silva, Áquilas Mendes e Jorge Broide que tanto contribuíram para as reflexões deste trabalho e da minha prática profissional.

À Fernanda Lessa, mestra das palavras. Seu apoio foi fundamental.

Aos colegas da saúde mental, Renato Batista, Diego Curceli, Fernando Mostaço e Tamires Wedekim pelo companheirismo e trocas de experiências nesta luta diária em prol de uma saúde mental pública fortalecida. Á tantos outros colegas de CAPS e UBS que, ao longo destes 14 anos de SUS ajudaram a construir meu saber e me estimularam a retomar minha trajetória acadêmica.

Aos funcionários da secretaria do PST e da Pós-Graduação do Instituto de Psicologia, pelo suporte em todos os momentos de necessidade.

À ASF, em especial à Daniele Zierth, pela liberação para a participação das aulas, reuniões de orientação e entrevistas.

RESUMO

CORTELLAZZI, Thaisa. **Entre o Público e o Privado**: Os desafios para psicólogos trabalhadores de UBS geridas por OSS. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Psicologia Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

A saúde é direito de todos e dever do Estado. É assim que a Constituição de 1988 protege a saúde, reconhecendo-a como um direito fundamental do ser humano. A partir desse reconhecimento para a proteção da saúde no Brasil, novos desafios são lançados, principalmente, no tocante à introdução de equipes multiprofissionais na assistência à população, em especial ao profissional psicólogo. Esta pesquisa busca refletir sobre a atuação profissional de psicólogos e seus desafios em unidades básicas de saúde/SUS geridas por Organizações Sociais de Saúde (OSS). Diante de dois espectros referenciais teórico-técnicos, ético-políticos representados de um lado pelas diretrizes do SUS e de outro pela iniciativa privada representada pelas OSS, discute-se os atravessamentos e desafios que se impõem à prática do psicólogo. O campo da Psicologia Social por sua vocação interdisciplinar apoiado pelas contribuições da psicanálise que pensa o sujeito como sujeito do grupo serão os norteadores deste caminho. Deste modo, a partir dos referenciais teórico-metodológicos propostos por René Kaës se articulam os conceitos das alianças inconscientes e da transmissão psíquica nos contextos das instituições SUS e OSS. O delineamento metodológico da pesquisa foi qualitativo com entrevistas abertas com psicólogos em quatro unidades básicas de saúde do município de São Paulo geridas por diferentes organizações sociais de saúde. Os resultados apontam para questões referentes à autonomia, à angústia diante da lógica gerencial de metas de produção; falta de integração dos psicólogos como parte da equipe de saúde da UBS à complexidade da visão/percepção dos profissionais enquanto trabalhadores do SUS sem a reflexão quanto às dimensões institucionais pertinentes às OSS.

Palavras-chave: SUS. Unidades Básicas de Saúde. OSS. Grupo. Instituição

ABSTRACT

CORTELLAZZI, Thaisa. **Entre o Público e o Privado: Os desafios para psicólogos trabalhadores de UBS geridas por OSS.** 108 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Mestrado em Psicologia Social, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2023.

Health is everyone's right and a duty of the State. This is how the 1988 Constitution protects health, recognizing it as a fundamental human right. From this recognition for the protection of health in Brazil, new challenges are launched, especially regarding the introduction of multiprofessional teams in the assistance to the population, especially to the professional psychologist. This research seeks to reflect on the professional performance of psychologists and their challenges in basic health units/SUS managed by Social Health Organizations (OSS). Facing two theoretical-technical, ethical-political referential spectrums represented on one side by the SUS guidelines and on the other by the private initiative represented by OSS, we discuss: which crossings and challenges are imposed to the psychologist's practice. The field of Social Psychology, due to its interdisciplinary vocation, supported by the contributions of psychoanalysis, which thinks of the subject as the subject of the group, will guide this path. Thus, based on the theoretical-methodological references proposed by René Kaës, the concepts of unconscious alliances and psychic transmission are articulated in the contexts of SUS and OSS institutions. The methodological design of the research was qualitative with open interviews with psychologists in four basic health units in the city of São Paulo managed by different social health organizations. The results point to issues regarding the lack of autonomy, the anguish in face of the managerial logic of production goals; the lack of integration of psychologists as part of the UBS health team to the complexity of the vision/perception of professionals seeing themselves as SUS workers without reflection on the institutional dimensions pertinent to OSS.

Keywords: SUS. basic health units. OSS. Group.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ONG	Organizações Não Governamentais
OSS	Organização Social de Saúde
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	10
1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVO	19
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	20
3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	21
3.2 Procedimentos	22
3.3 Construção da Pesquisa: Campo e caminhos percorridos	22
3.3.1 “Mas não é tudo SUS?”: Considerações sobre uma trajetória de pesquisa	22
CAPÍTULO 1 - O SUS E A PSICOLOGIA: ENCONTROS E DESENCONTROS	24
1.1. A Atenção à Saúde no Brasil: uma história de desafios e disputas	24
1.2 Modelos de atenção à saúde: a psicologia entre os modelos biomédico e psicossocial	29
1.3 A Atenção Básica e a atuação do psicólogo	31
1.4 A atuação do psicólogo e o campo da saúde mental	33
CAPÍTULO 2 – INTERSEÇÕES DO PÚBLICO E DO PRIVADO: OSS, TERCEIRO SETOR E ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL	39
2.1. A questão social em debate	39
2.2. O Estado de Bem Estar Social e o SUS	43
2.3. A Sociedade Civil e o Terceiro Setor: caminhos até a formação das OSS	45
2.4. Psicólogos(as) trabalhadores da saúde e a lógica neoliberal	51
CAPÍTULO 3 – O INDIVIDUALISMO EM QUESTÃO: A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO	53
3.1. A psicologia como profissão: bases históricas	56
3.2. A inserção do psicólogo na Saúde Pública	57
3.3. Um viés individualizante: Horizontes para superação	60
CAPÍTULO 4 – TRANSMISSÃO PSÍQUICA E ALIANÇAS INCONSCIENTES NO ESPAÇO INSTITUCIONAL	66
4.1 A problemática intersubjetiva: alianças inconscientes e instituições	68
4.2 A transmissão psíquica na instituição	75
4.3. O psicólogo no contexto institucional: elo e herdeiro entre o terceiro setor e o SUS	76
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO	78
5.1 Análise das Entrevistas	78
CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	90
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	98

APRESENTAÇÃO

Iniciei minha trajetória na saúde pública há 12 anos em uma Unidade Básica de Saúde (UBS), no extremo sul do município de São Paulo. Conforme fui desenvolvendo minha atuação dentro do SUS, também fui, ao longo desses anos, compreendendo que os profissionais atuantes nas UBSs, de forma geral, se deparam com complexidades específicas relacionadas à atuação em instituições geridas por Organizações Sociais de Saúde (OSS). As inquietações, os afetos e as dúvidas que vieram a ser traduzidas nas questões desenvolvidas neste projeto de pesquisa surgiram a partir da minha atuação como psicóloga em UBSs e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), todos esses equipamentos geridos por organizações sociais.

Neste caminho acompanhei os desafios que se apresentavam cotidianamente, principalmente nas relações institucionais, despertando reflexões sobre o *fazer psi* dentro do contexto da saúde pública. Situações complexas relacionadas à dinâmica institucional nas quais acompanhei como psicóloga na UBS, que muitas vezes remetiam a colisões entre as diretrizes do SUS e a lógica assistencialista e privatizante da saúde carregada no ideário das OSS, herdeira da filantropia do terceiro setor. Particularmente, quando observamos o contexto da saúde mental como um campo de tensões determinados pelo embate dos paradigmas biomédico e biopsicossocial, é possível pensar em um cenário ainda mais desafiador para a atuação do psicólogo.

Definido o objeto da pesquisa, alguns desafios se colocaram no horizonte, com os quais procurarei lidar ao longo do percurso teórico e metodológico trilhado. Um deles é o fato de ser trabalhadora da saúde e a duplicidade de papéis enquanto pesquisadora e psicóloga do SUS. O fato de não estar mais atuando em uma UBS trouxe certo distanciamento na análise do lugar do psicólogo nesse contexto, mas, de fato, suscitou uma preocupação. Outra inquietação diz respeito às posições sempre muito polarizadas quando se discutem as OSS. Compreendendo que, toda e qualquer análise de políticas públicas é feita a partir de um contexto histórico e político, e que não haveria neutralidade a priori em quaisquer direcionamentos teóricos que a pesquisa pudesse trilhar.

Essas reflexões resultaram na proposta desta pesquisa, que está vinculada ao Laboratório de Estudos em Psicanálise e Psicologia Social (LAPSO-IPUSP) e procura ampliar a compreensão sobre esses fenômenos (a inserção da psicologia na saúde pública e as OSS na gestão de equipamentos do SUS) que são relativamente recentes dentro da sociedade

brasileira e demandam novas pesquisas para a ampliação do processo de compreensão de seus aspectos.

Os pressupostos teóricos que fundamentam estas discussões estão relacionados com os estudos sobre a grupalidade e sobre os grupos nas instituições.

A relevância social do tema mostra-se pela exigência de reflexão sobre possíveis impactos do modelo híbrido de gestão em saúde, no que se refere à atuação profissional do psicólogo.

1 INTRODUÇÃO

A Psicologia é uma ciência que procura compreender o ser humano em suas dimensões emocionais, cognitivas, vinculares e intersubjetivas. A inserção dos profissionais da área de psicologia na implementação de políticas públicas de saúde vem crescendo sensivelmente nos últimos 30 anos. Os movimentos da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica e, posteriormente, a criação do SUS ampliaram os espaços de se fazer e atuar na psicologia, lançando desafios a pesquisadores e profissionais a refletirem sobre seus modelos teóricos e metodológicos tradicionais.

Em outubro de 2018, completados 30 anos da promulgação da Nova Constituição Federal, a saúde como direito de todos e dever do Estado foi priorizada. Foi a partir da Constituição que se inaugurou um momento inédito na história das políticas públicas de saúde. Esse período foi tecido por lutas de diversos atores de movimentos sociais, sanitaristas, pesquisadores, dentre outros que possibilitaram a construção de um sistema de saúde único, universalista, igualitário com foco na promoção e prevenção de agravos à saúde.

O movimento de Reforma Sanitária ocorreu no Brasil no final da década de 80, contemporânea ao processo de redemocratização do país. Com ideais universalizantes, estabeleceu as bases do Sistema Único de Saúde (SUS), definido na Constituição cidadã de 1988 como um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito (BRASIL, 2002).

O SUS se insere na Constituição de 1988 carregando valores como igualdade, democracia e emancipação (PAIM, 2018). Os valores que se inspiraram no Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) foram mobilizados pelas diversas lutas surgidas na sociedade brasileira pela redemocratização. O movimento que, segundo Escorel (2008), foi composto de profissionais de saúde e de coletivos vinculados ao setor, objetivavam mudar a lógica do saber e fazer saúde. Como ainda afirma o autor, os profissionais:

[...] compartilhavam o referencial médico-social na abordagem dos problemas de saúde e que, por meio de determinadas práticas políticas, ideológicas e teóricas, busca a transformação do setor saúde no Brasil em prol da melhoria das condições de saúde e de atenção à saúde da população brasileira, na consecução do direito de cidadania (ESCOREL, 2008, p. 407).

O Movimento da Reforma Sanitária dava voz à indignação da sociedade diante da crescente escalada das desigualdades sociais no pós-ditadura e ao processo de mercantilização da saúde (SOUTO; OLIVEIRA, 2016). Ao longo de todas as décadas de 70 e 80 múltiplos atores coletivos pautaram questões que seriam incluídas nas discussões que planejaram a construção de um sistema único de saúde e as suas concepções. A reforma não se limitava a

uma reforma administrativa do sistema de saúde, mas a uma ampla reforma social e assistencial. As políticas sociais até então se inspiravam em uma base teórica e ideológica que concebia a saúde somente como ausência de doença, norteando todo um pensamento médico-social (ESCOREL, 2012).

Ancorado no método cartesiano, o modelo biomédico de concepção sobre a saúde tinha como pressuposto o corpo e mente separados. Foi no contexto do pós-guerra que esse modelo passou por transformações com um importante marco da saúde, via determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS), como “estado completo de bem-estar físico, mental e social” e não somente ausência de enfermidade e invalidez. A mudança desse paradigma, no contexto brasileiro, só foi observada no início dos anos 70. Neste sentido, o Movimento da Reforma Sanitária Brasileiro, apoiado pelas iniciativas da Medicina Social europeia, consolidou-se principalmente no caráter contra hegemônico diante do projeto neoliberal que passava a se instalar de forma intensa nos países em desenvolvimento (PAIM, 2008).

Quando afirmava a saúde como direito à cidadania, a reforma sanitária ia na contramão dos projetos de austeridade do Estado que, de acordo com Souto e Oliveira (2016), foram responsáveis nos anos 70 e 80 pela intensificação das restrições às políticas de Estado de Bem Estar Social, vistas pelas organizações econômicas internacionais (FMI, Banco Mundial e etc.) como principal forma de saída de umas das principais crises do sistema capitalista do século XX.

Para Santos (2017) a Constituição de 1988 define em seu Art. 196, que a saúde não depende apenas de ações e serviços de saúde, assistência médica, mas que, também depende de políticas sociais e econômicas que melhorem o bem-estar, que atuem significativamente sobre as condições de vida e saúde da população.

O SUS surge como uma conquista alcançada após um longo processo de lutas que, em mais de uma década, envolveram diversos atores sociais, como ressaltam Gouveia e Palma (1999). Eram trabalhadores da saúde, movimentos populares, usuários, familiares, sindicalistas e participantes de movimentos sociais que se uniam para um novo momento histórico na política de assistência à saúde brasileira:

Nas mudanças que foram implementadas se fariam presentes, dos mais diversos modos, os movimentos sociais. Estes viriam ainda a participar ativamente da constituição de novos campos de conhecimento e de práticas até então inexistentes – como a saúde da mulher, a saúde mental ou a saúde do trabalhador – frutos de processos nos quais tiveram (e ainda têm) um papel decisivo o movimento feminista, a luta antimanicomial e a luta sindical, exemplos de um fenômeno mais amplo de participação da sociedade civil na formulação de propostas para a saúde, abrindo novas possibilidades, para além da medicina (GOUVEIA; PALMA, 1999, p. 140).

A criação do SUS inscreveu a saúde no marco de seguridade social de modo universal, público e que garante direitos até então negados para grande parte da população, principalmente no que diz respeito à garantia de cidadania. Concomitante a este processo, os anos 90 se iniciam com importantes transformações econômicas e sociais no contexto nacional, deflagradas pelas reformas estruturais e resultado de políticas de ajustes neoliberais e que implicaram em retrocessos nas conquistas que o SUS já havia garantido (NORONHA; SOARES, 2001).

Sob o argumento de que a Constituição de 88 colocou barreiras para a modernização do país diante das conquistas sociais que eram encaradas como “gastos” pelo sistema econômico de base neoliberal, o projeto de “enxugamento” do Estado caminhou a passos largos no projeto de “desresponsabilização do governo federal das suas atribuições no terreno social” (NORONHA; SOARES, 2001, p. 446). Os autores ressaltam, sobre o processo de reforma do Estado, a característica de transferência para o setor privado. A privatização de estatais e o movimento de publicização, ou seja, a delegação ao setor privado, são os maiores expoentes dessa reforma.

A agenda hegemônica neoliberal e a globalização econômica da relação sociedade Estado-economia resultam na construção do Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado – PDRAE (BRASIL, 1997) que estabeleceu as diretrizes para a Reforma da Administração Pública Brasileira (SILVA, 2014) e concretizou a implantação das Organizações Sociais que tinham como função a produção de bens e serviços públicos não exclusivos do Estado. Dentro do ideário neoliberal, o Estado é identificado como ineficiente e excessivamente burocrático. O PDRAE representava uma nova era no papel do Estado, colocando-o como um regulador, facilitador e financiador do processo de desenvolvimento nacional.

A reconstrução do Estado significou, no discurso da Reforma: (a) recuperar a poupança pública e superar a crise fiscal; (b) redefinir as formas de intervenção do Estado nos setores econômico e social por meio da contratação de organizações não estatais para executar serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica; e (c) realizar a reforma da administração pública com vistas à modernização da burocracia, instituída por Getúlio Vargas na primeira metade do século passado, e implantar a administração pública gerencial. (SILVA, 2014, p. 13).

É importante a compreensão sobre os interesses antagônicos que estavam postos nas dinâmicas de negociação do processo de formação da Constituição no campo da saúde. Como já foi dito, o movimento da Reforma Sanitária mantinha uma posição ideológica do Estado como protagonista das ações, daquele que assume a saúde como seu dever intrínseco, embora a inserção de propostas inovadoras e consonantes com o novo olhar sobre a saúde ainda se

mantivesse nas discussões. Por outro lado, os interesses e concepções relativos a um processo que é chamado de privatizante da saúde também estava mobilizado e buscando espaço nas negociações da construção do SUS. O próprio texto final da Constituição refletiu o embate desses interesses e os manteve explícitos com espaços para que, após vetos e aprovações ambos os interesses estivessem na letra da lei 8080/88 (MENICUCCI, 2014).

Como resultado a Constituição apresenta um sistema híbrido e segmentado: por um lado consagra a saúde como direito, garante a universalidade e acesso à assistência, amplia a responsabilidade estatal e define a estruturação de um sistema inclusivo; por outro, preserva a liberdade do mercado e garante a continuidade das formas privadas de assistência e independentes de qualquer intervenção governamental (MENICUCCI, 2014, p. 81).

As divergências foram se consolidando na década seguinte à criação do SUS, e se estabeleceram por meio da lei que regulamenta os planos privados em 1999. Segundo Menicucci (2014), embora o debate dentro do SUS fosse de agendas opostas, as confluências de interesses (estatizante e privatizante) trouxeram avanços para a dinâmica institucional da construção do sistema de saúde, tendo em vista que a ruptura radical com o modelo conservador e do ideário do empresariado não havia sido possível. “A mudança faz-se então limitada em alguma medida pela estrutura antiga e não é capaz de desmontá-la. Constituiu-se de fato uma dupla trajetória: pública e privada” (MENICUCCI, 2014, p. 81).

Para além da saúde suplementar, na forma da inserção dos planos de saúde no campo da saúde brasileira, a dupla trajetória da história do SUS se inscreve com a inserção das Organizações Sociais de Saúde. Estas foram regulamentadas pela Lei nº 9.637 de 15 de maio de 1998 (BRASIL, 1998a), mas sua efetivação ocorreu principalmente nos âmbitos estadual e municipal que, utilizando-se das autonomias legislativas que instituíram suas versões locais (SILVA, 2014). De acordo com Contreiras e Matta (2015), as OSS podem ser compreendidas como uma qualificação conferida pelo Estado a uma instituição privada que, de posse deste título, pode estabelecer com a esfera pública, parcerias reguladas por um instrumento denominado contrato de gestão, na qual fica delegada a administração de uma instituição pública.

A inserção das OSS como modelo híbrido de gestão dos equipamentos de saúde a partir de 1998 com crescente adesão no município de São Paulo. O fato convoca a uma reflexão sobre as transformações das representações e das práticas dos profissionais psicólogos que atuam em Unidades Básicas de Saúde geridas via contrato de gestão ou convênios com entidades sem fins lucrativos, objeto de análise desta pesquisa.

Quando Pahim (2009) analisou a implantação deste modelo de gestão do sistema de saúde no contexto do Estado de São Paulo, a autora ressaltou sobre a maior participação da iniciativa privada e a conseqüente inserção de elementos próprios do mercado em diversos sistemas de saúde, em diversos países, nas últimas décadas. Segundo o estudo, o papel fundamental do SUS dentro Estado de Bem Estar Social é que seus princípios refletem e organizam a forma como se dão os mecanismos de combate às desigualdades próprias do sistema capitalista. Neste sentido, o SUS pode atuar como um agente reprodutor destas desigualdades em seu interior, ou como força que se contrapõe a elas. Quando há transposição de elementos constitutivos do mercado, como na questão das OSS, é importante compreender como se dá essa relação entre reiterar/contrapor desigualdades:

A maneira como o sistema de saúde se constitui em relação a estas questões é importante porque informa até que ponto a sociedade específica em que se encontra admite a noção de saúde como mercadoria, ou seja, como algo passível de venda, vinculado ao desembolso financeiro e gerador de lucros aprováveis por particulares (PAHIM, 2009, p. 16).

Na implantação do modelo das OSS na esfera estadual, âmbito pesquisado pela autora, verifica-se que, passados 23 anos do início das Organizações Sociais na gestão de serviços de saúde no Estado de São Paulo, o volume de serviços e o montante de recursos do orçamento da secretaria de Estado para este tipo de gestão, cresceu exponencialmente.

Para Travagin (2017) a proposta de se fazer um olhar crítico sobre a inserção das OSS no SUS deve ter como ponto de partida a contextualização sobre a dimensão de disputas do cenário político e econômico nos quais a inserção deste modelo de gestão foi forjado, paralelamente ao momento de ataques ao estado de Bem Estar Social nos anos 90. O tema será abordado no Cap. 1 desta pesquisa com paralelos importantes a serem estabelecidos no tocante ao contexto da atualidade e fortalecimento do modelo das OSS diante de um SUS com maiores dificuldades de financiamentos e, disponível aos interesses privados.

Quando discorre sobre os obstáculos enfrentados pelo SUS na atualidade, Paim (2018) compreende que existe uma colisão entre os valores dominantes na sociedade brasileira e as bases sociais e políticas do SUS. No Brasil contemporâneo, inspirado principalmente em valores norte-americanos nos quais se destacam o individualismo exacerbado e a competitividade em detrimento da solidariedade e da cooperatividade, a base ideológica do SUS tem como fundamento o foco no coletivo e na igualdade. Nesse embate, o autor salienta que as bases sociais e políticas do SUS se encontram cada dia mais enfraquecidas, com menor apoio dos sindicatos e partidos políticos e com o apoio cada vez menor de trabalhadores organizados para a defesa do direito à saúde como fator inerente para o próprio exercício da

cidadania. Neste sentido, o autor reflete sobre a falta de apoio ao SUS vinda dos próprios trabalhadores que também não tiveram seus interesses atendidos por políticas de gestão do trabalho e de educação em saúde. Quando se trata de trabalhadores vinculados a uma instituição intermediária, no caso uma OSS, é possível pensar num distanciamento ainda maior de um apoio ideológico ao SUS num sentido de participação coletiva às questões relacionadas ao fortalecimento do sistema.

Dentre as categorias profissionais importantes na estrutura do SUS e foco desta pesquisa, os psicólogos têm aumentado em número, de forma exponencial, sua atuação na saúde pública brasileira. De acordo com Macedo e Dimenstein (2011) o número de psicólogos na saúde pública havia dobrado entre 2005 e 2011 e, por esse motivo, se faz urgente a necessidade de explorar e compreender novas perspectivas de atuação psi na atenção básica, para além do modelo clínico individual baseado na lógica privatista e liberal. Sobre o número de profissionais atuando nos diversos serviços de saúde pública, Campos e Guarido (2007) apontam que mais de 15 mil psicólogos ocupam postos de trabalho em unidades básicas de saúde (UBS); Centros de Atenção Psicossociais (CAPS); Centros Especializados de Reabilitação entre outros. Sua presença no SUS e todos os desafios perenes a esta atuação buscam superar o modelo biomédico ainda hegemônico na assistência à saúde, que coloca o processo de adoecimento como um processo somente do corpo, com as dimensões psicológicas, sociais e ambientais vistas, somente, como complementares.

Esta pesquisa se divide em 4 capítulos nos quais inicialmente no Cap. 1 procura-se percorrer o caminho histórico da construção do SUS, da Atenção Básica e a inserção do profissional psicólogo nesse contexto. O Cap. 2 trata das articulações entre o que ficou conhecido como terceiro setor e as Organizações Sociais de Saúde, bem como aborda sobre as questões relacionadas ao Estado de Bem Estar Social e o ideário que perpassa nos valores institucionais dentro da na relação público-privada. O Cap. 3 reflete sobre a formação do psicólogo, seus vieses com a manutenção da hegemonia burguesa e suas concepções individualizantes. No Cap. 4 procura-se compreender à luz dos conceitos de Kaës sobre a intersubjetividade, as alianças inconscientes, o conceito de transmissão e suas articulações com as concepções sobre a relação sujeito-instituição na obra de Bleger. Neste ponto do texto, retomo as indagações que Scarcelli (2017) salienta no texto sobre as contribuições dos saberes psi para as discussões sobre as políticas públicas e implementações das práticas. no sentido de que a psicologia comparece em produções acadêmicas de forma mais suplementar do que estruturante sobre estes debates.

O objeto desta pesquisa, ainda que tenha o objetivo de discutir o contexto das práticas psi, procura, ao transitar em diferentes campos interdisciplinares, procurar ampliar a reflexão sobre o contexto das OSS e nas contribuições os saberes psi que podem compor nesse debate.

2 OBJETIVO

Diante do referencial teórico apresentado a seguir, esta pesquisa tem por objetivo refletir sobre as práticas dos psicólogos sob a perspectiva das alianças inconscientes no contexto institucional. Identificar os impactos na atuação profissional de psicólogos(as) trabalhadores de Unidades Básicas de Saúde geridas por OSS.

O material para análise dos dados foi obtido por meio de entrevistas abertas que foram interpretadas através do método psicanalítico.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O principal ponto de distinção entre trabalho e pesquisa conforme Guerriero (2006 apud JIMENEZ, 2011) está no fato de que o trabalho técnico procura se sustentar na ação e no debate acerca das direções dessas ações, sem o propósito de produzir conhecimento, enquanto “a pesquisa se sustenta justamente no pilar oposto: a aplicação ou uso de instrumentos voltados para a produção do saber” (p. 134). Neste sentido, se faz necessário o recorte sobre a teoria psicanalítica na pesquisa qualitativa e suas articulações com o material empírico.

De acordo com Fulgêncio e Coelho (2018) a psicanálise é reconhecida como espaço com diversos *corpus* teóricos, assim como uma ampla diversidade de formas de metodologias de pesquisa. Os autores citam que, tanto nas pesquisas em instituições, ou em populações vulneráveis por exemplo, as entrevistas ou outros métodos de pesquisa em psicanálise podem aproximar-se ou não do trabalho clínico tradicional, mas que de alguma forma, este sempre será um norteador da metodologia de pesquisa em psicanálise. “A teoria não é apenas uma descrição sucinta da realidade, mas também um modo de tentar descobrir as relações entre os seus fenômenos, utilizando-se de certas construções auxiliares especulativas” (FULGÊNCIO, 2016 apud FULGÊNCIO; COELHO, 2018, p. 47).

De acordo com Chizzotti (2000) a delimitação do problema da pesquisa não se configura a partir de um processo de distanciamento do pesquisador sobre o tema a ser pesquisado. “A identificação do problema e sua delimitação pressupõe uma imersão do pesquisador na vida e no contexto, no passado e nas circunstâncias presentes que condicionam o tema” (p. 81). O autor pontua sobre a relação dialógica entre o pesquisador e o participante da pesquisa, nas quais ambos modificam-se mutuamente a partir do encontro do mundo real e objetivo (a pesquisa) e das subjetividades dos sujeitos envolvidos (pesquisador e o participante). O problema da pesquisa vai sendo delimitado gradualmente a partir do conhecimento produzido na relação pesquisador/participante.

Quando se trata de pesquisa, Minayo (2002) nos descreve claramente como esta sendo a atividade fundamental da ciência, não deve ater-se somente aos seus métodos e instrumentais sob risco de as enaltecê-los de tal forma que a criatividade do pesquisador seja posta de lado. A autora também ressalta que, embora a pesquisa seja essencialmente uma atividade teórica, “nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática” (MINAYO, 2002, p. 17).

Há uma preocupação no aprofundamento nos significados das ações e relações humanas investigados na pesquisa qualitativa. A busca é por um entendimento do processo de

construção dos significados por meio do conhecimento de vivências e representações das pessoas sobre suas experiências com o objetivo de compreender e interpretar certo fenômeno e não somente mensurar comportamentos e eventos.

Para Bleger (1995) quando considera a entrevista psicológica enquanto técnica ressalta que ela tem seus próprios procedimentos ou regras empíricas:

Com os quais não só se amplia e se verifica como também, ao mesmo tempo, se aplica o conhecimento científico. Essa dupla face da técnica tem especial gravitação no caso da entrevista porque, entre outras razões, identifica ou faz coexistir no psicólogo as funções de investigador e de profissional, já que a técnica é o ponto de interação entre a ciência e as necessidades práticas; é assim que a entrevista alcança a aplicação de conhecimentos científicos e, ao mesmo tempo, obtém ou possibilita levar a vida diária do ser humano ao nível do conhecimento e da elaboração científica. E tudo isso em um processo ininterrupto de interação (BLEGER, 1995, p. 1).

A partir do objetivo da pesquisa, que foi de avaliar os impactos nas atuações dos psicólogos que estão inseridos em unidades de saúde da atenção básica (UBS) e que são geridas por Organizações Sociais de Saúde, foi estabelecido o campo desta pesquisa. Como critério de inclusão na pesquisa foram selecionadas quatro (4) unidades básicas de saúde do município de São Paulo que possuem contrato de gestão com Organizações Sociais de Saúde. São unidades de saúde sem Estratégia Saúde da Família (ESF), chamada de UBS tradicionais, que contam com equipes de saúde mental permanente, que ficam alocadas na mesma unidade.

A escolha por este tipo de modelo de atenção se deu por excluir nesta pesquisa às vicissitudes do trabalho do psicólogo inserido no NASF (Núcleo de Atenção em Saúde da Família) e que faz parte do modelo de atenção do ESF. Nas UBS tradicionais, o psicólogo fica alocado em uma UBS, ficando restrito ao território adscrito. Neste ponto, compreende-se a importância da discussão sobre a escolha do método desta pesquisa.

3.1 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Por tratar-se de pesquisa com seres humanos, esta pesquisa seguiu a Resolução nº 196/96, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos. Nesta pesquisa, os participantes são trabalhadores da saúde da rede municipal de São Paulo, sendo assim, ela foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (CEP-SMS) da cidade de São Paulo. A anuência para a realização da pesquisa foi dada em 18/06/2021 sob parecer nº 4.789.759/ CAAE 33720620.1.3001.0086. Antes da aprovação do Projeto no Comitê de Ética, foi feita a escolha da região na qual as

UBS escolhidas para a realização da pesquisa estivessem localizadas. Os sujeitos assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, com cópia nos apêndices desta pesquisa.

3.2 PROCEDIMENTOS

Foram realizadas entrevistas abertas versando sobre características da instituição (Organizações Sociais de Saúde), bem como as reflexões dos entrevistados acerca das estratégias adotadas pela instituição onde trabalha para efetivação do acesso universal, equidade e integralidade do atendimento dentro do contexto da atuação do psicólogo. Foram analisadas as percepções dos (as) entrevistados (as) sobre a atual política de saúde e sua compreensão sobre a relação entre o setor público e o privado na saúde.

O delineamento metodológico da pesquisa foi qualitativo: foram entrevistados quatro psicólogos(as), trabalhadores (as) de UBSs do modelo tradicional (ou seja, que não tenham Estratégia Saúde da Família) no município de São Paulo. Todas as unidades de saúde são geridas por OSS. Das quatro entrevistas em quatro UBSs diferentes, administradas por duas OSS diferentes. Apenas um dos sujeitos é do gênero feminino, e todos trabalham em UBS há mais de 6 meses.

Trata-se de uma pesquisa que tomou como recorte um território específico no município de São Paulo, portanto não há pretensão de ampliar os achados para a rede como um todo, pois isso demandaria um estudo detalhado das diversas configurações de OSS que atuam no município.

As entrevistas foram gravadas em gravador, transcritas e analisadas com o apoio dos pressupostos da psicanálise e da psicologia social.

3.3 CONSTRUÇÃO DA PESQUISA: CAMPO E CAMINHOS PERCORRIDOS

3.3.1 “Mas não é tudo SUS?”: Considerações sobre uma trajetória de pesquisa

Conforme descrito no item Construção da Pesquisa, nesta pesquisa foram solicitadas as autorizações para a Coordenadoria e Supervisão de Saúde da região escolhida como campo de pesquisa. Sendo assim, a escolha se deu por ser uma supervisão de saúde vizinha ao qual eu havia atuado no momento da escolha do objeto de pesquisa, e, ao qual eu atuo como profissional em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) atualmente e tinha conhecimento

das unidades de saúde com modelo de atenção tradicional do território. A situação me colocava em uma dupla relação: de trabalhadora e pesquisadora dentro do mesmo território. O projeto foi avaliado pela respectiva supervisão de saúde do território. A aprovação do projeto foi mediante uma reunião com representantes da interlocução da atenção básica e de saúde mental e foram realizados questionamentos referentes a pontos do projeto que versavam sobre as contradições presentes na dimensão institucional das OSS. A sensação foi de que estava sendo questionada a capacidade de fiscalização pela supervisão de saúde - escopo que fugia completamente dos objetivos dessa pesquisa, o que foi esclarecido. Por último, ficou uma pergunta de um dos representantes da supervisão de saúde, que, mesmo o projeto ressaltando a dimensão subjetiva dos fenômenos abordados, questionou sobre a relação das OSS e SUS: - Mas não é tudo SUS? Essa pergunta reforça a importância da reflexão sobre a gestão das UBS pelas OSS e a complexidade deste debate, uma vez que fica manifesto o próprio apagamento da dimensão dual das instituições. Pode denotar a possibilidade de pouco espaço para reflexões quanto a transformações da produção do cuidado quando este está sob gestão das OSS.

Os profissionais psicólogos participantes foram devidamente esclarecidos dos objetivos da pesquisa e das condições de sua participação por meio do termo de consentimento livre e informado.

CAPÍTULO 1 - O SUS E A PSICOLOGIA: ENCONTROS E DESENCONTROS

Neste capítulo procura-se compreender ainda de que modo reduzido, as três grandes fases que compõem o histórico da atenção à saúde no Brasil, as concepções de saúde então existentes e os modelos de atenção primária dentro do contexto da saúde mental. Essa construção é necessária para que se localize o papel do psicólogo no contexto do SUS, principalmente no contexto da atenção primária à saúde, com suas potências e desafios.

Compreende-se a importância em contextualizar ainda que brevemente o percurso da saúde coletiva no Brasil, com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde e reconhecendo-o enquanto pilar fundamental da cidadania. Compreender os marcos históricos que antecederam à Lei 8080, também significa ampliar a reflexão sobre as dificuldades e potências que antecederam ao SUS e que o acompanham até os dias atuais. “Este conhecimento deve contribuir para não reproduzirmos o passado e para que sejamos capazes de avaliar, a cada momento, o que conseguimos de avanço, bem como as ainda existentes ameaças de retrocessos” (PAIM, 2009, p. 28). No contexto atual da soma de crises e conflitos simultâneos, sejam sociais, sanitários e econômicos que impactam a manutenção do SUS, verifica-se a importância de refletir sobre as dificuldades na sua implementação, sobretudo no que diz respeito ao campo de disputas que abrem lacunas para o seu enfraquecimento.

A regulamentação da Lei nº 8080/90 instituiu o SUS que, além dos seus princípios e diretrizes adota um conceito ampliado de assistência à saúde, que procura superar o modelo biomédico de saúde-doença e reconhece os aspectos psicossociais como determinantes para promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIM, 2011). A lei legitimou o direito de todos, às ações de saúde indiscriminadamente, e estabeleceu os princípios do SUS: universalidade, acessibilidade e coordenação do cuidado; vínculo e continuidade; integralidade da atenção; responsabilização; humanização; equidade, controle e participação social (BRASIL, 1990, 1998b, 2006a). Foram propostas reorganizações nos níveis de atenção com significativo destaque para a atenção básica.

1.1. A ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL: UMA HISTÓRIA DE DESAFIOS E DISPUTAS

Até a construção do SUS, o Brasil viveu outras duas grandes fases na atenção à saúde brasileira e em suas políticas de estado social. De acordo com Ramos e Miranda Netto (2017) a saúde da população brasileira durante o período colonial e Império não tinha cobertura de

nenhum tipo de medicina formal, que era dedicada somente à alta classe burguesa. Os cuidados oferecidos pela Igreja Católica eram os únicos que alcançavam grande parte da população. A assistência médica era baseada na filantropia e na prática liberal.

[...] a saúde era apresentada como uma autêntica benesse por parte do Estado, estando envolta por relações de poder de natureza patrimonialista que a caracterizavam como um mero favor do Poder Público à população. Tal afirmação pode ser constatada a partir da observação da perspectiva de submissão do indivíduo à autoridade estatal através das políticas de higienização (ASENSI, 2013 apud RAMOS; MIRANDA NETTO, 2017, p. 46).

Durante mais de um século, as questões de saúde pública estavam restritas a medidas muitas vezes rejeitadas pela população dado o seu aspecto compulsório (como na vacinação da varíola no início do século XX). O foco principal da medicina era a doença e seu aspecto curativo, com serviços prestados pelas Santas Casas ou médicos particulares para as camadas com maior poder aquisitivo. Houve, durante o período da primeira República, uma maior mobilização das elites para um maior envolvimento do Estado em ações relacionadas à saúde, foi chamada de “era do saneamento” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Verificou-se alguma organização de classes trabalhadoras nessa época (década de 20) que desenhou os primeiros passos para o que ficou conhecido como “as caixas”, destinadas para assegurar assistência à saúde para algumas categorias profissionais (SPINK; BRIGAGÃO; NASCIMENTO, 2014). As Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) criadas em 1923, sancionada pela Lei Elói Chaves, foi considerada como o embrião do sistema previdenciário brasileiro. As CAPs eram financiadas pela União, pelas empresas empregadoras e pelos empregados. Elas eram organizadas por empresas, de modo que só empresas de grande porte tinham possibilidade de mantê-las.

De acordo Arretche (2005) na era Vargas se observa uma ampliação da cobertura, mas mantida a alocação dos cuidados de saúde sob a área previdenciária, incluindo apenas os trabalhadores que pagavam contribuições ao INPS (Instituto Nacional de Previdência Social). O INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social) era a agência reguladora e financeira dos serviços no território nacional, concentrando poder decisório sobre as políticas relacionadas ao sistema de saúde. Foi a primeira reforma no modelo de proteção social no Brasil. O modelo desse sistema era “verticalizado, centralizado e setorializado” (LIMA; FONSECA; HOCHMAN, 2005). Segundo os autores, na década de 30, configura-se um marco na história sanitária brasileira com uma maior participação do Estado nas políticas de saúde. Posteriormente há uma retomada dos movimentos que redesenham o papel do Estado diante da questão social e da saúde pública, ao longo das décadas de 40 e 50;

porém esse redesenho mantém o foco nos trabalhadores do mercado formal. Para população que não era assistida pela medicina previdenciária, se iniciava-se, ainda que de forma muito incipiente, algum tipo de proteção social, inicialmente, aos trabalhadores rurais.

Em sua tese sobre as relações complexas entre o poder público e o setor privado de saúde, Cordeiro Filho (2012) retoma o processo histórico de construção da assistência à saúde brasileira, nas quais estes agentes sempre estiveram conectados das formas mais adversas. O autor reitera que a valorização do trabalho como única forma de acesso à saúde trouxe como consequência um novo olhar sobre a pobreza “que passa a ser identificada como incômoda e até perigosa” (p. 51). A igreja Católica já mantinha relações próximas com o Estado na assistência aos pobres e indigentes, semelhante ao modelo europeu estabelecido desde a idade média e que serviu de base para a estruturação do Estado Social; embora também tenha fornecido uma concepção ambígua sobre a pobreza (CASTEL, 2015). A crise econômica dos anos 30, seguiu pressionando o debate sobre o papel do Estado nas questões da saúde da população, tais como a tuberculose, hanseníase e os altos índices de mortalidade materna (CORDEIRO FILHO, 2012).

Uma análise da incorporação de problemas, que constituirão áreas tradicionais de Saúde Pública, mostra a relação do Privado/Público e como o aparelho estatal vai incorporando-os, desenvolvendo atividades, destinando-lhes recursos iniciais e estruturando-se em organizações burocráticas mais complexas (CORDEIRO FILHO, 2012, p. 56).

Ao longo dos anos, as IAPS (Institutos de Aposentadoria e Pensões) foram aumentando a quantidade de categorias de trabalhadores assistidos aumentando a cobertura da assistência. A verticalização do sistema ainda era uma forte característica, agora com investimento em centros e postos de saúde que ficavam com a demanda principalmente de puericultura e vacinação. As especialidades médicas ficavam a cargo dos hospitais do estado ou ligados à universidades (SIQUEIRA, 2015).

Para Rabello (2010), na análise do contexto da saúde pública do século XX se verificou um novo paradigma quanto ao padrão de morbidade e mortalidade da população. As doenças crônicas passam a ocupar papel preponderante nos atendimentos em saúde, assim como as patologias decorrentes ao processo do envelhecer, uma vez que a expectativa de vida também aumentou. As doenças psicossomáticas passaram a ser diagnosticadas com maior frequência impondo novos desafios na atenção à saúde. Neste cenário, em conjunto com o avanço tecnológico e científico que atravessaram a atuação dos diversos campos que compõem a saúde e os novos campos que se somaram (como a biotecnologia, a genética, a bioética, etc.), o debate político e econômico sobre as estratégias em assistência à saúde foi se

complexificando ao longo das décadas e os papéis do Estado, da sociedade e da iniciativa privada passaram a serem revistos e realocados nas novas formas de pensar e gerir a assistência à saúde.

Nos anos 60, com o golpe militar, o modelo segmentado de previdência e assistência na saúde se amplia, mantendo em suas bases o ideário da saúde enquanto seguro e não como acesso à cidadania (MENICUCCI, 2014). Na década de 70, conforme Cunha (2014), o enfraquecimento do regime militar e sua consequente perda de sua legitimidade, eram flagrantes. O milagre econômico já havia cessado nos primeiros anos da década. O fortalecimento da oposição ao regime, a crítica à ideologia essencialmente preventivista, propiciou um forte movimento ideológico que se desenvolveu em práticas políticas para a mudança na saúde e numa epistemologia que ficou conhecida até hoje como saúde coletiva (PAIM, 2008). De acordo com Magrini (2011), nos anos 60, conforme o processo de industrialização no país se intensificou, sobretudo na indústria automotiva promoveu uma nova forma de assistência à saúde direcionada aos trabalhadores das organizações e suas famílias, que era assumida pelos empregadores, o que ficou conhecido como sendo das primeiras propostas da medicina em grupo (FAZIO, 2006 apud MAGRINI, 2011). Em 1967, já sob o regime militar e com uma crise econômica nos IAPs, foi realizada uma reforma previdenciária e assim foi criado o INPS, ampliando as coberturas, porém com estrutura muito aquém da demanda,

Conforme Paulus Júnior e Cordoni Júnior (2006), as políticas públicas da década de 70 eram baseadas num modelo privatista e curativo.

Conforme a tendência observada já no início da década de 1950, na década de setenta, a política de saúde encontrava-se totalmente polarizada entre as ações de caráter coletivo, como os programas contra determinados agravos, vacinação, vigilância epidemiológica e sanitária, a cargo do Ministério da Saúde e, a assistência médica individual centrada no INPS, órgão do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), criado em 1974. A assistência médica individualizada passou a ser dominante e a política privilegiou a privatização dos serviços e estimulou o desenvolvimento das atividades hospitalares. O processo de industrialização acelerado observado a partir do Presidente Juscelino Kubitschek de Oliveira fortaleceu a economia dos centros urbanos e gerou força de trabalho a ser atendida pelo sistema de saúde. Tal fato aprofunda a necessidade de o Estado atuar na saúde do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva (PAULUS JUNIOR; CORDONI JUNIOR, 2006, p. 14).

O cenário do regime ditatorial que na gestão do presidente Geisel (1974-1979) tenta retomar os processos de mediação para legitimar a segunda década de ditadura manteve excluída grande parte das camadas populares e concentrou o controle dos militares e nos setores dominantes da burguesia, o que se refletiu nas áreas sociais e da saúde (ESCOREL,

2012). Com uma série de reformas e abertura de espaços institucionais para a absorção de intelectuais e técnicos opositores ao regime e que já estavam envolvidos com o Movimento de Reforma Sanitária. Deste período, é importante salientar a reflexão de Lacaz, Goulart e Junqueira (2017), na pela qual discutem que, o modelo brasileiro de atenção à saúde sempre foi pautado pela "conveniência" das diversas modalidades de serviços públicos e privados, já denotando que, historicamente, o imbricamento destas duas organizações institucionais se deu de forma muito próxima. Dentro deste resgate histórico, os autores apontam que até a construção do modelo de assistência do SUS, a gestão da saúde pública pelo Estado se dava de modo fragmentado, burocrático e desigual via Ministério da Saúde e o de assistência médica abarcado pela previdência social. Os anos 70 também foram marcados pelo surgimento do que ficou conhecido como medicina de grupo, ou convênios com empresas, nas quais ficavam responsáveis pela assistência médica de seus trabalhadores pagando antecipadamente um valor fixo mensal. Esta modalidade mantém-se muito fortalecida até os dias atuais, diante da lógica de diminuição dos serviços prestados e barateamento destes versus o lucro obtido (ESCOREL, 2012).

O Brasil vivia o chamado milagre econômico pouco antes da metade da década de 70, com intensa industrialização e aumento do PIB e em contrapartida, a saúde pública recebia apenas 1% do orçamento da União. As campanhas tinham baixa eficácia e o sistema passou a receber inúmeras investidas privatizantes, encontrando resistências, principalmente nas esferas estaduais e municipais com trabalhadores, sindicatos e gestores locais. A estas resistências, somadas à base universitária sanitária que, ainda nos 70, se inicia um movimento social que tinha como proposta uma ampla e radical transformação do sistema de saúde: eram as origens do movimento da reforma sanitária.

De acordo com Borges *et al.* (2012) o neoliberalismo, enquanto sistema econômico e social, tem seus primeiros passos já no fim da década de 70, também como uma resposta à crise do petróleo, ocorrida naquela década. A industrialização e a geração de empregos sai de cena, enquanto a agenda mundial, para dar lugar ao capital portador de juros, chamado de capitalismo *financeirizado* (MENDES, 2012). Esse processo ficou, convencionalmente, chamado de globalização. Em suma, trata-se de uma intensa ofensiva do monopólio financeiro mundial que, por meio do de agências internacionais como FMI, define após decisão do consenso de Washington, pela abertura econômica dos países dependentes. A privatização de estatais e retrocessos nas políticas sociais são entendidos como forma de “enxugar” o Estado em nome de uma melhor eficácia deste. Este processo trouxe consequências desastrosas para os países em desenvolvimento, como o Brasil, acentuando o

seu lugar de subordinação com relação aos países centrais (desenvolvidos), submetendo-se ao desenvolvimento dos outros países a priori, o já conhecido processo imperialista de desenvolvimento. De acordo com Mendes (2016), não se trata de um “enxugamento” do papel do Estado, mas do efeito o contrário, quando nos deparamos com as políticas de austeridade impostas nas últimas décadas:

Desde 1990, nos tempos do capitalismo contemporâneo de supremacia do capital portador de juros, não foi possível identificar a retirada do Estado da economia, mas ao contrário, vimos assistindo a uma particular “presença”. Evidencia-se a adoção de políticas austeras por parte do Estado, com redução dos direitos sociais e da saúde, intensificando mecanismos de mercantilização no seu interior, no contexto dos países capitalistas centrais e do Brasil. Ocorre a permissão do Estado à apropriação do fundo público pelo capital, com a existência de disputas constantes por recursos financeiros do SUS, que sempre estiveram presentes desde a sua criação pela Constituição Federal de 1988 (MENDES, 2016, p. 1).

Dentre os desafios enfrentados pelo SUS ao longo de sua história, as questões relacionadas ao seu financiamento, ou como descreve Mendes (2012), o seu subfinanciamento prolongado perpetrado mesmo ao longo de sucessivos governos seria o maior deles. Conforme reflete Paim (2011 apud SANTOS, 2018) a chave para a superação dos desafios do sistema de saúde brasileiro passa por uma análise aprofundada das relações público-privadas no seu interior e da própria estrutura financeira do SUS. As relações público-privadas, o terceiro setor e o neoliberalismo foram mais amplamente discutidas no capítulo 2.

De acordo com Paim (2018) dentre os complexos desafios impostos ao SUS, os que normalmente se apresentam nas discussões como o subfinanciamento, a falta de infraestrutura e impasses nas mudanças dos modelos de gestão entre outros, negligenciam o papel das relações público-privadas. Essas relações, de características predatórias, estão submetidas aos interesses privados ao longo dos últimos 30 anos conforme descrito ao longo deste capítulo e ao longo do tempo e foram se complexificando e se aperfeiçoando, embora mantendo-se distantes do debate público.

1.2 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE: A PSICOLOGIA ENTRE OS MODELOS BIOMÉDICO E PSICOSSOCIAL

Para compreender o modelo de assistência à saúde e suas representações na atuação dos trabalhadores psicólogos inseridos do SUS se faz necessário o resgate das concepções e valores que norteiam as condutas e práticas dos profissionais ao longo do tempo. Neste sentido, o próprio conceito de saúde foi sendo revisitado e reformulado de forma que as concepções da produção dos determinantes que envolvem o binômio saúde-doença fossem

transformados. Na atualidade, sobretudo no contexto de pandemia global, a saúde é recolocada no topo da agenda pública mundial e seus determinantes sociais incidem de forma a convocar decisões políticas urgentes na garantia da própria existência da sociedade.

A Constituição brasileira de 1988, conforme apontam Santos e Westphal (1999), se inspirou na Conferência Nacional de Saúde de 1986, e criou o SUS – “marcado pelo paradigma da produção social da saúde” (p. 76). Quando definida como direito e consequência de condições de vida e trabalho, a lei do SUS direciona políticas sociais e econômicas que tenham como objetivo a redução do risco de doenças e outros agravos à saúde.

Nesse sentido, ser saudável não pode ser apenas não estar doente, no sentido tradicional. Deve significar também a possibilidade de atuar, de produzir a sua própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que influenciam o seu meio – ações políticas para a redução de desigualdades, educação, cooperação intersetorial, participação da sociedade civil nas decisões que afetam sua existência – para usar uma expressão bem conhecida, o exercício da cidadania (SANTOS; WESTPHAL, 1999, p. 76).

Os autores apontam sobre as iniciativas para superar o modelo biomédico, pautado na organização dos serviços centrados no hospital, chamado de hospitalocêntrica e com foco curativista. A mudança desse paradigma se inicia ainda nos anos 60 e 70, após o enfraquecimento do paradigma curativista, que havia ganhado fôlego após a segunda grande guerra, à medida que, o foco residia no indivíduo, no diagnóstico e na terapêutica. Segundo os autores, ao longo do século XX, houve um deslocamento inclusive das práticas sanitárias, com menor prevalência das doenças transmissíveis e maior para as doenças degenerativas; o desenvolvimento da epidemiologia e da imunologia que corroboraram com para que a medicina também lançasse olhar sobre os determinantes sociais do processo de saúde e doença. Essa mudança de paradigma não se deu somente nas ciências médicas, mas em vários outros campos do saber científico com afinidade em uma abordagem holística da saúde, estabelecendo de fato, o paradigma da promoção da saúde.

O paradigma da produção social da saúde fica expresso nos relatórios finais das diversas conferências de saúde, nacionais e internacionais que representavam as respostas às crescentes expectativas relacionadas à nova saúde pública. Na Carta de Ottawa, em 1986 o documento formulado ao final da conferência internacional sobre Promoção à Saúde expressa a amplitude da concepção de saúde a ser considerada na formulação de políticas de bem estar social.

Conforme Carvalho (2004) a Carta de Ottawa condensa inúmeros documentos de instituições canadenses e internacionais sobre a Nova Promoção em Saúde. A abordagem socioambiental passou a nortear a promoção à saúde “como o processo de capacitação (*enabling*) de indivíduos e coletivos (*communities*) para que tenham controle sobre os determinantes de saúde com o objetivo de terem uma melhor qualidade de vida” (p. 671). Esta categoria constitui um conceito que resume os dois elementos fundamentais para a promoção da saúde: 1) a necessidade de mudança no modo de vida e, 2) as condições de vida. Caracteriza-se também como um espaço de mediação entre os indivíduos e o meio ambiente, no qual se combinam as escolhas pessoais e a responsabilidade coletiva para um futuro saudável. O autor faz um debate importante sobre o bojo das ideias relacionadas à promoção de saúde e que foram incorporadas nas perspectivas de reordenamento dos serviços de saúde e nas práticas dos profissionais. A crítica proposta por Carvalho (2004) diz respeito a, sem deixar de reconhecer os avanços das políticas de promoção à saúde, ressalta-se que elas também carregam valores individualizantes, à medida em que responsabilizam o indivíduo e/ou às famílias quanto a possibilidade de possuírem fatores de risco para agravos de saúde e quanto à responsabilidade de mitigar esses agravos.

No âmbito da promoção de saúde, Rabello (2010) corrobora com a concepção de que este campo pode ser capturado por valores neoliberais na medida em que, a partir do esquadramento das dimensões físicas, psíquicas e sociais de determinado fenômeno de saúde, se procura alcançar uma suposta verdade sob uma ótica médica, científica, epidemiológica e social e assim propor intervenções. É o fenômeno que se percebe em programas muitas vezes inseridos na atenção básica (Diabetes, Tabagismo, Obesidade, etc) nos quais o desenho da intervenção é formatado sob esses pressupostos, já prontos e sem reconhecimento das realidades locais e/ou consideração com os demais determinantes sobre a população atingida. Para o autor, a promoção de saúde, numa perspectiva positiva poderia proporcionar uma visão crítica do indivíduo sobre sua saúde, num sentido ampliado.

Em suma, no horizonte do SUS ainda permanecem como desafios a serem enfrentados, como a reprodução do “modelo médico hegemônico, centrado mais na doença que na saúde, no tratamento que na prevenção ou promoção; no hospital e nos serviços especializados, e menos na comunidade, no território e na atenção básica” (PAIM, 2018, p. 1725). É neste cenário que o fazer do psicólogo acontece, atuando com diversas camadas.

1.3 A ATENÇÃO BÁSICA E A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO

O SUS reorganizou o modelo de atenção básica que já existia anteriormente sob forma dos centros de saúde, empregando destaque e colocando a atenção primária como “porta de entrada” para a rede de serviços de saúde, equipamentos de cuidados globais que estabelecem inclusive o trabalho das equipes multiprofissionais, no qual se inseriu o psicólogo. A atenção básica, no contexto do SUS, não tem como objetivo ser somente o primeiro acesso da população ao sistema de saúde, mas também um dispositivo de responsabilização institucional e sanitária no processo do cuidado com a saúde articulado a toda a rede de serviços (BRASIL, 2006b).

A Declaração de Alma-Ata formulada durante a primeira Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde em 1978 é considerada um marco pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no campo da organização dos serviços internacionais em saúde. A declaração afirmou que a Atenção Primária à Saúde era a estratégia mais eficaz para a organização e coordenação de sistemas de saúde pautados no paradigma de uma atenção descentralizada e comunitária (PAIM, 2012). Enquanto marco histórico mundial da atenção primária segundo Giovanella e Mendonça (2012), a Alma-Ata proclamou toda uma construção anterior de tensionamentos relacionados aos modelos verticais de intervenção da OMS sobretudo no tocante ao enfrentamento às grandes endemias em curso na época, como a malária na África e América Latina e ao já cronificado modelo intervencionista biomédico curativo hegemônico.

De acordo com Mendonça *et al.* (2018) a década de 90 ficou marcada por diversas iniciativas dentro do SUS na implementação de políticas que garantissem o seu caráter universal, descentralizado e que sua organização fosse pautada dentro dos territórios em ações regionalizadas e hierarquizadas. A gestão democrática e participativa completava a fundamentação das premissas que garantem a integralidade e equidade no cuidado e no acesso. Dentro desses princípios norteadores, a atenção básica, ou atenção primária à saúde (APS) tem como proposição ser o principal articulador da rede de atenção para além de ser somente a porta da entrada ao sistema de saúde: o cuidado longitudinal e contínuo, com a propriedade de sanar a grande maioria das demandas de saúde do território. A política de descentralização do SUS ganhou força na segunda metade dos anos 90, mais precisamente com a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB96) que instituiu os incentivos específicos para a adesão dos municípios à política nacional da atenção básica, reorganizando o modelo de assistência que era, “até então excludente, centrado no hospital e na assistência a casos agudos (p. 30)”. A implementação da Estratégia Saúde da Família passa

a ser a política prioritária na atenção básica, estando presente hoje na grande maioria dos municípios com aproximadamente 70% de cobertura na população brasileira.

Em 2008 são implementados os NASFs (Núcleos de Apoio à Saúde de Família) que, de acordo com Melo e Miranda (2018) tem como objetivo dar conta dos desafios relacionados à expansão da ESF. O NASF é organizado por equipes multiprofissionais compostas por psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais, educadores físicos, fisioterapeutas e etc que têm por atribuição ofertar retaguarda especializadas para as equipes de ESF.

É importante caracterizar a atenção primária neste momento para a compreensão do *locus* de atuação do psicólogo e as especificidades da APS enquanto modelo de atenção à saúde. A atenção primária se define como:

[...] um conjunto de práticas integrais em saúde, direcionadas a responder a necessidades individuais e coletivas, que, no Brasil, durante o processo de implementação do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ser denominado de atenção básica à saúde (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012, p. 493).

No presente texto, os termos atenção básica e atenção primária serão compreendidos como equivalentes, conforme proposto por Mendonça *et al.* (2018) e alinhado com literatura técnica brasileira, porém ressaltando que, os termos carregam um espaço de disputa e tensões sobre diferentes projetos e escopos para o SUS.

Para Spink (2013) a inserção do psicólogo neste processo de transformação das práticas no campo da saúde foi viabilizado principalmente, conforme a autora denomina de “ressignificação da causalidade na explicação da doença” (p. 155). Este novo olhar sobre o processo de saúde e doença, caracterizando-o como um fenômeno complexo e transdisciplinar e possibilitando intervenções no plano bio-psico-social. Estas novas perspectivas de abordagens abriram espaço para a inserção dos psicólogos na saúde, inicialmente nos hospitais e posteriormente para os demais serviços de saúde. A mudança do paradigma sobre a reinserção social dos diferentes, como reflete a autora, tiveram como consequência a reorganização dos serviços e a incorporação efetiva do profissional psicólogo nas equipes multiprofissionais.

1.4 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO E O CAMPO DA SAÚDE MENTAL

A Reforma Psiquiátrica é considerada marco histórico na trajetória da assistência à saúde mental brasileira, no qual orientou a um conjunto de transformações que romperam com a hegemonia do modelo asilar vigente até então. Essa política surgiu com o objetivo de

melhorar a qualidade de vida de pessoas em sofrimento psíquico, resgatando a cidadania, com o foco no cuidado em liberdade, dentro da comunidade e com a família. No Brasil, a reforma foi institucionalizada em 2001, quando foi sancionada a Lei nº 10.216 ou Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira.

No contexto da saúde mental brasileira, a reforma psiquiátrica e a reforma sanitária são contemporâneas do mesmo processo e tempo histórico, porém ambas guardam suas especificidades e estão interrelacionadas (AMARANTE; NUNES, 2018). Quando os autores refletem e resgatam historicamente os processos da reforma psiquiátrica e a reforma sanitária, observam que a primeira se desenvolveu num cenário mais amplo e complexo e encadeando maior participação social com o envolvimento não só dos movimentos sociais ligados aos trabalhadores da saúde mental, mas também articulando outros atores sociais. O mesmo pensamento é corroborado por Dimenstein (2014) no qual a autora reflete sobre o fato das duas reformas serem fundamentadas sobre as mesmas bases históricas, dentro de uma compreensão ampliada de saúde, que contempla a perspectiva da cidadania, da noção do território, da integralidade, da equidade e da saúde enquanto direito. “Trata-se de campos que transversalizam diversos setores e que operam na dimensão da intersubjetividade, da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, compartilhando um mesmo horizonte ético” (p. 78).

A complexidade da reforma psiquiátrica enquanto processo social, diz respeito a um fenômeno mais amplo do que a revisão e reestruturação das práticas de cuidado e desinstitucionalização. Ela potencializa novas estratégias políticas, culturais e sociais para redefinição do próprio campo da saúde mental, o ampliando e nele inscrevendo os conceitos de cidadania e garantia de direitos. No início desse processo de transformação, verifica-se que o que estava em pauta de maneira decisiva é delinear um outro lugar social para a loucura em nossa tradição cultural” (BIRMAN, 1992 apud AMARANTE; NUNES, 2018).

A complexidade do campo da saúde mental a partir das suas transformações das práticas, dispositivos e tecnologias se amplia quando se desvelam as contradições decorrentes da interrelação das esferas público e privada (FERNANDES, 1999). A esfera pública, representada pelo Estado, captura o lugar da Lei e do poder e o impele a relações de mando e subordinação. Este fenômeno também funciona coibindo o pensamento autônomo dos sujeitos e aumentando o distanciamento entre cidadãos e as instituições públicas. Na contemporaneidade, a esfera privada estabelece novas fronteiras e mantém jogos de relações cada vez mais emaranhadas com o Estado. Essas relações estão postas e se apresentam como fenômenos importantes na práxis dos trabalhadores da saúde pública. Há de se observar esses

fenômenos com urgência tendo em vista que temos no horizonte atual indicadores que retomam um incremento das relações público-privadas, incentivados pelas crises do próprio capital: “[...] urgente porque é uma obrigação ética pensar o nosso fazer cotidiano para procurar localizar nele os efeitos de determinação nos modos de produção decorrentes da organização social (neoliberal) e sua ideologia” (FERNANDES, 1999, p. 92).

A ideia da atuação na saúde mental conforme Scarcelli (2017) revela um campo de distanciamento de polos entre as definições das diretrizes políticas (que inclui os aspectos legais, e a formulação dos programas) e a adaptação dessas diretrizes às práticas de trabalho no SUS, que desenham em elaborações de novas diretrizes (SCARCELLI, 2017). A autora propõe um novo recorte para delimitar os questionamentos e abarcar as complexidades das técnicas (o aqui agora das práticas) quanto para a compreensão dos grandes grupos, na perspectiva institucional. Nesse recorte, delimita quatro âmbitos dessas dimensões: político-jurídico (leis, diretrizes políticas, programas de governo, aspectos legais e normas); social-cultural (grupos e sujeitos bem como suas demandas dentro dos contextos das políticas e práticas.); teórico-conceitual (questiona sobre os arcabouços teóricos e filosóficos que dão sustentação às práticas) e técnico-assistencial (coloca questionamentos sobre a implantação e desenvolvimento das práticas, programas e diretrizes)¹. As lacunas advindas com esse distanciamento destes horizontes despertam nos profissionais novos olhares para suas próprias práticas, “buscando ressignificar o modo de compreender sua inserção nessas instituições” (SCARCELLI, 2017, p. 25). Esse processo nem sempre acontece, pois a relação entre o estabelecido enquanto prática e o real que se impõe no dia a dia das unidades de saúde pode se desenhar em um caminho difícil e cheio de contradições.

Para Ferreira Neto (2017) é importante marcar a definição do que é concebido como políticas públicas uma vez que estas estão diretamente relacionadas às ações produzidas dentro do SUS. Em uma definição inicial pode-se dizer que políticas públicas são formas de “intervenção do Estado no ordenamento da sociedade, por meio de ações jurídicas, sociais e administrativas” (RODRIGUES, 2010 apud FERREIRA NETO, 2017, p. 27).

Com a aprovação em 2001, da lei 10.216, novas diretrizes foram criadas e passaram a nortear a política de Saúde Mental do SUS, reorganizando toda uma rede de serviços de

¹ A autora registra no livro sobre o conceito similar aos âmbitos propostos por Paulo Amarante no capítulo: Loucura, cultura, subjetividade: conceitos e estratégias, percursos e atores da Reforma Psiquiátrica In Fleury, S. Saúde e Democracia: a Luta do Cebes. Lemos Editorial, São Paulo, 2007. No referido texto, o autor utiliza da nomenclatura para descrição do complexo processo da reforma psiquiátrica de forma mais abrangente, sob a ótica de campos fundamentais.

atenção psicossocial e determinando o fechamento significativo de leitos psiquiátricos, que até então ainda se constituíam como principal recurso para a intervenção na loucura.

Uma década antes, devido a compromisso firmado pelo Brasil na assinatura da Declaração de Caracas e pela realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental, as primeiras normas federais foram criadas, regulamentando a implantação de serviços de atenção diária, fundadas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia (BRASIL, 2005).

A Portaria SNAS/MS Nº. 224, de 29 de janeiro de 1992, que trata de diretrizes e normas para atendimento ambulatorial – SAI/Unidade Básica/CAPS/Hospital psiquiátrico, Centro de Saúde e Ambulatório, trouxe orientações sobre o atendimento em saúde mental ofertado em nível ambulatorial, recomendando que se incluía nestas unidades um conjunto mais ampliado de atividades. Neste sentido, a portaria indica que a equipe técnica de saúde mental para atuação são definidas a critério do órgão gestor local, podendo contar com equipe multiprofissional (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe ainda mais ampliada, composta por outros profissionais como: médico generalista, enfermeiro, auxiliares e agentes de saúde, que poderão desenvolver atividades como: atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros); atendimento grupal (grupo terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera da UBS, atividades educativas em saúde); visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior; atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde (BRASIL, 2004).

Um grande capítulo de retrocessos vem sendo implementado nas políticas de saúde, sobretudo nos últimos anos, sobretudo nas políticas de saúde mental com impacto direto nos espaços de atuação do psicólogo. Conforme refletem Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), a atenção psicossocial no Brasil vive na atualidade, uma crise sem precedentes. A proposta de um modelo de assistência alicerçado no cuidado em liberdade, respeito e promoção de autonomia à pessoas com transtorno mentais caminhou nos últimos 30 anos a passos lentos, mas de forma contínua até o ano de 2016, quando verificou-se pela primeira vez um processo de desmonte acelerado nas políticas de saúde mental. De acordo com Rossi e Dweck (2016) a Proposta de Emenda Constitucional 241/2016 (PEC 241) aprovada em 2016, estabeleceu um congelamento total de gastos principalmente com saúde e educação por um período de 20 anos a título de política de austeridade fiscal. Mesmo diante da mobilização dos atores sociais envolvidos nas políticas sanitárias, a PEC 241 foi aprovada abrindo um amplo espaço para o sucateamento desse campo e o preparando para o encolhimento do SUS no seu caráter

universal. Na pesquisa de Cruz, Gonçalves e Delgado (2020), cerca de 15 atos normativos que foram editados entre dezembro de 2016 e maio de 2019 que, entre decretos, resoluções, portarias e editais, que formam a nota técnica 11/2019-CGMAD/ DAPES /SAS/MS e veio a ser denominada como “Nova Diretiva Nacional de Saúde Mental” (BRASIL, 2019 apud CRUZ; GONÇALVES; DELGADO, 2020). Essa “nova política” caracteriza-se pelo incentivo à internação psiquiátrica e sua separação da política de álcool e outras drogas, o que vem sendo denominado de “política nacional de drogas”, com forte ênfase no financiamento em comunidades terapêuticas (CTs) e com foco não mais na redução de danos como abordagem dos problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas, mas na abstinência. Os autores reforçam que as mudanças implementadas na Política Nacional de Saúde Mental desde 2016 representam a oposição a todo conteúdo teórico e técnico da Reforma Psiquiátrica. A falta de debate com profissionais, usuários e pesquisadores da área, a dissonância com as bases das instâncias legais como as Conferências Nacionais de Saúde e o arcabouço legal que ampara a reforma deslegitimam a “Nova Política de saúde mental”. A imposição do retorno ao modelo manicomial, só é explicada pela situação política anômala que o país se encontra desde o golpe de 2016.

O projeto “Previne Brasil” aprovado pela Portaria 2979/19 redefiniu o financiamento da atenção básica e os repasses aos municípios e se desdobrou na Nota Técnica Nº 3/2020 DESF/SAPS/MS que, de acordo com Reis e Meneses (2020), transferiu para os gestores locais a opção de contar com equipes do NASF (Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica), programa que contempla e oferta à população, o atendimento com diversos profissionais, como assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, farmacêuticos e etc. o que, de forma prática representou um importante ataque ao programa.

Na esteira dos muitos retrocessos na política de saúde mental, o atual governo de Jair Bolsonaro (2019-2022) também extinguiu por meio do decreto 11.098/2022, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde. O decreto retira a especificidade da pasta da saúde mental do Ministério, colocando a pasta em conjunto com a Secretaria de Atenção Primária. A mudança tem como consequência a não destinação de verbas específicas para a saúde mental, que fica com o orçamento submetido a outra secretaria.

Na esfera municipal, em São Paulo, foi publicada a portaria Nº 333/2022-SMS.G que tem como objetivo atualizar os indicadores de qualidade e produção e organizar os indicadores de monitoramento para os contratos de gestão celebrados pela Secretaria Municipal da Saúde com as OSS (SÃO PAULO, 2022). Na prática, as consequências desta portaria versam sobre número de atendimentos e de grupos que os profissionais técnicos

como o psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais tem como meta para atendimento. Esses profissionais, que anteriormente faziam parte da equipe NASF, agora são chamados de “equipes multidisciplinares” e podem atender em até 4 UBS. Segundo a portaria 333, os profissionais psicólogos têm como meta até 40 grupos e 60 atendimentos mensais. Desde a sua publicação, a portaria tem sido questionada por profissionais da atenção básica que salientam os aspectos reducionistas nas avaliações da qualidade dos serviços através das metas quantitativas.

CAPÍTULO 2 – INTERSEÇÕES DO PÚBLICO E DO PRIVADO: OSS, TERCEIRO SETOR E ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL

Para refletir sobre a inserção das Organizações Sociais de Saúde no SUS e em como os modelos de atenção à saúde podem adquirir categorias de concepções ora divergentes e ora complementares, é fundamental compreender a ligação das OSS com o terceiro setor e com o Estado de Bem Estar Social. A compreensão sobre a racionalidade imposta pelo modelo neoliberal e que coloca como ênfase somente o indivíduo é um disparador importante deste debate, uma vez que esta lógica individualista, se organiza de tal forma para atender determinados interesses políticos e econômicos. Quanto mais se coloca o foco no indivíduo, mais distantes ficam as diversas determinações que o constituem na vida e nas suas relações sociais. Neste sentido, o neoliberalismo se configura enquanto ideologia, uma forma de enxergar a realidade de forma distorcida.

Para iniciar essa trajetória é importante compreender como a sociedade brasileira compreendia e buscava soluções dos fenômenos que eram denominados de problemas sociais, ou questão social ao longo do tempo, mais precisamente no século XX.

2.1. A QUESTÃO SOCIAL EM DEBATE

O termo “questão social” foi concebido inicialmente no final do séc. XIX para abrigar os temas relacionados ao processo de industrialização da sociedade, suas contradições e efeitos (RIBEIRO, 2010). No período pós-guerra do séc. XX, as rupturas nos tecidos sociais, as fragilidades econômicas que forjaram altos índices de desemprego e pauperização da população tensionaram os métodos estatais de gerenciamento da questão social, com exigibilidade de maior intervenção e proteção do Estado. Mais recentemente, nos anos 90, a globalização, os sistemas econômicos neo e ultraliberais, o acirramento dos processos competitivos dentro da sociedade de consumo e, conseqüentemente, o aumento das desigualdades conduziram a questão social (termo substituído por exclusão social) para um sentido nova problematização. Nas agendas internacionais, o tema da exclusão social versa principalmente nas análises das políticas públicas, considerando a lógica econômica e a coesão social. Neste ponto, o papel do Estado, as novas configurações do tecido social e da sociedade civil passam por novas reconfigurações frente às novas exigências de intervenção para a questão social.

O sociólogo francês Robert Castel dedicou sua principal obra “As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário” na análise histórica-social do surgimento das concepções de caridade/solidariedade junto à população vulnerável, passando pelos desvelamentos dos fatores relacionados à questão social desde a Idade Média até as relações de trabalho/capital do mundo contemporâneo. Em seu texto, Castel (2015) aprofunda sua análise apontando um conjunto de práticas de natureza socioassistencial existentes já na Idade Média, e que essas forneceram as bases para a posterior elaboração de um Estado Social. A feição, que de fato era social nessas práticas, de acordo com o autor, diz respeito a uma iniciativa coletiva de uma sociedade mais ampla, sob forma de instituições como os hospitais e orfanatos ou mesmo a distribuição organizada de esmolas, sem que essas instituições tivessem a mediação do que o autor chamou de grupos de pertencimento, ou inscrição dos indivíduos assistidos à estrutura social. Como afirma o autor,

A “questão social” pode ser caracterizada por uma inquietação quanto à capacidade de manter a coesão de uma sociedade. A ameaça de ruptura é apresentada por grupos cuja existência abala a coesão do conjunto [...] As populações que dependem de intervenções sociais diferem, fundamentalmente, pelo fato de serem ou não capazes de trabalhar, e são tratadas de maneira completamente distinta em função de tal critério (CASTEL, 2015, p. 41).

Para Ianni (1989) a chamada questão social é um tema fundamental no debate sobre desigualdades sociais e na própria história da sociedade brasileira. Há concepções muito divergentes sobre a questão social, algumas se referem que ela seja o resultado da sociedade de mercado, da ordem social burguesa; em outras, como ameaça à ordem social ou mesmo em disfuncionalidade dentro da sociedade capitalista. O sociólogo retoma historicamente as origens da questão social brasileira, sempre posta como um dilema para os governos e problemática para os regimes políticos, sejam autoritários ou democráticos. Durante o séc. XX a questão social foi num crescente pautando as rupturas políticas e se inserindo no debate nacional, com maior impacto a partir do processo de redemocratização pós ditadura militar.

As controvérsias sobre o pacto social, a toma de terras, a reforma agrária, migrações internas, problema indígena, movimento negro, liberdade sindical, o protesto popular, o saque ou a expropriação, a ocupação de habitações, a legalidade ou ilegalidade de movimentos sociais, as revoltas populares e outros temas da realidade nacional, essas controvérsias suscitam aspectos mais ou menos urgentes da questão (IANNI, 1989, p. 146).

O termo questão social foi ao longo de décadas objeto de grande investimento teórico, assim como a sua transformação na concepção de exclusão social mais recentemente (SCOREL, 1999). Para Behring e Boschetti (2011), há uma relação intrínseca e histórica

para o surgimento das políticas sociais às expressões da questão social, pois as políticas sociais procuram enfrentar os efeitos da exclusão social.

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento — em geral setorializadas e fragmentadas — às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 6).

As políticas sociais de saúde, por exemplo, podem ser refletidas como um investimento para um projeto de sociedade que amplia os limites do exercício da cidadania. Neste sentido contrapõe-se à concepção inscrita na lógica capitalista, de acordo com a qual o acesso aos serviços de saúde dependia da inserção no processo produtivo. O acesso universal à saúde pode ser compreendido como um dos pactos sociais a serem alcançados dentro de uma política de bem estar social. Conforme Boschetti (2016), o Estado de Bem Estar Social é um conjunto de políticas, financiadas por fundo público e a garantia de proteção social por amplos direitos, o que indica a obrigatoriedade estatal de garantia desses direitos.

Considerando o momento atual do capitalismo, Bonfim (2010) traz uma importante análise sobre as imbricações do público e do privado nas tratativas da questão social ao longo dos anos, dentro da ideologia neoliberal. Segundo a autora, a dinâmica das funções exercidas pelo Estado no capitalismo monopolista associadas às pressões da classe trabalhadora alocaram no Estado as responsabilidades das ações de enfrentamento das sequelas da questão social. As relações intrínsecas das esferas privadas e públicas se acentuam na lógica liberal, que por sua vez, se baseia no ethos individualista que preconiza que a inserção social se dá por esforço individual. Sendo assim, o Estado burguês permanece como principal financiador no trato das sequelas da questão social por meio da intervenção via políticas sociais, porém debita a continuidade das repercussões aos próprios indivíduos por ela afetados (NETTO, 1986 apud BONFIM, 2010, p. 53). Essa análise remete à reflexão proposta por Sawaia (1999), na qual infere sobre a necessidade de refletir sobre a concepção reducionista sobre a inclusão social e perceber que "a sociedade exclui para incluir e esta transmutação é condição da ordem social e desigual, o que implica o caráter ilusório da inclusão" (p. 8). A autora propõe que a relação inclusão e exclusão é uma relação dialética, fazendo parte de um mesmo processo, dentro do sistema capitalista, como um pilar deste.

No pensamento da classe dominante, de acordo com Scarcelli (2017) sempre existiu um interesse importante em apresentar uma imagem de equilíbrio social que encobria as complexidades envolvidas dentro da questão social no sistema capitalista. Desta forma, se

naturalizam as desigualdades e os conflitos sociais, como sendo uma consequência natural do sistema capitalista.

Assim, o atendimento às manifestações da questão social deixa de se apresentar como parte da luta de classes e transforma-se em problemas de integração deficiente, não reconhecimento das diferenças, falta de solidariedade social, fragilidade do laço social, crise de valores, entre outras manifestações (SCARCELLI, 2017, p. 29).

Historicamente, sob uma perspectiva crítica marxista, as políticas públicas são concebidas com uma premissa de correção das injustiças conforme postula Mazetto (2015). Neste sentido, é importante observar que esta correção dar-se-ia dentro dos contornos do próprio sistema capitalista, que tem como característica a lógica da exploração do capital sobre o trabalho. Dentro dessa perspectiva, as políticas sociais dentro do modo de produção do sistema capitalista teriam como objetivo norteador a remissão da chamada “questão social”, que de acordo com Yamamoto e Oliveira (2014, p. 23) podem ser descritas como o “o conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos postos pela emergência da classe operária no processo de constituição da sociedade capitalista”. Esta concepção é corroborada por Boschetti (2016) que ressalta que o próprio Estado de Bem Estar Social é um termo que necessita de revisão enquanto nomenclatura na medida em que, o termo mais preciso, seria Estado Social; pois este é concebido como a regulação estatal das relações econômicas e sociais no capitalismo que tem nas políticas sociais a sua determinação central. Essa regulação estatal não faz um estado anticapitalista, não tem a ideia de socializar riquezas por meio de políticas sociais, pelo contrário, é dar uma “feição” social a um estado mais do que nunca capitalista. Implica na definição das políticas sociais como sendo o resultado das contradições determinadas pela própria luta de classes, o papel do estado e o grau de desenvolvimento das forças produtivas. Trata-se uma crítica no sentido de que as políticas sociais são importantes conquistas para todas as sociedades que as incluíram, porém que estas não deram conta de emancipar a humanidade do modo de produção capitalista. Trata-se, sem dúvida, de conquistas na direção à redução da desigualdade, mas não de superá-la.

Conforme Menicucci e Gomes (2018) no final da Segunda Guerra Mundial, foi um divisor de águas quando se trata de políticas sociais. Neste momento é que o conceito de indivíduos portadores de direitos sociais, econômicos e humanos foi incorporado à garantia do Estado. Nesse sentido, era superada a ideia de que, até então, o foco das políticas sociais eram pessoas indigentes, idosos, enfermos e crianças. A transformação a que se implementou naquela época foi de natureza solidária, compreendendo ao que muitos autores referem

quando falam do sentimento de paz e colaboração que emergiu no pós-guerra (GURGEL; JUSTEN, 2021).

Após a crise capitalista dos anos 70, com o acirramento dos ideais neoliberais segundo Mazetto (2015), a política pública do Estado de Bem Estar Social deve ser observada sob um ângulo contraditório – resultado do embate capital e trabalhadores, com o enfraquecimento das organizações de lutas trabalhistas. Segundo o autor, a direção geral do Estado social continuou sendo uma “forma de reprodução da força de trabalho em nível adequado à produção capitalista” (FIGUEIREDO, 2001, p. 3 apud MAZETTO, 2015, p. 30). Dentro desse aspecto, Siqueira e Borges (2018) analisam sobre as transformações do próprio conceito do neoliberalismo atual, que, apesar de ainda ter como alicerce as ideias de seus criadores como Adam Smith, foi sendo atualizado ao longo do séc. XX. O ideário neoliberal se transforma em principal modelo de intervenção político-econômica do Estado contra políticas de bem-estar social embasadas nos conceitos propostos por Keynes nos anos 30. O interjogo de forças entre EUA e o Reino Unido a partir dos anos 80, já sob doutrina neoliberal, via governos Reagan e Thatcher tiveram impactos nos sistemas de saúde de ambas as nações de formas distintas como se observa até os dias atuais.

No caso do Brasil, de acordo com Gurgel e Justen (2021), há uma grande divergência teórica no que se refere à ideia da existência de um Estado de Bem Estar Social ou *Welfare State*. Por variadas razões, que muitas vezes são comparadas com o caso europeu, em especial ao *welfare state* inglês, muitos autores negam a existência ou salientam a ausência de um *welfare state* brasileiro pleno. Autores argumentam que nos chamados países pobres e dependentes da América Latina, em especial o Brasil, nunca ocorreu a garantia do bem-estar da população por meio da universalização de direitos e serviços públicos de qualidade. As razões para este fato são bastante complexas, porém, segundo os autores, a profunda desigualdade de classes, com tensionamentos da classe burguesa e dos mercados são elementos que interferem no estabelecimento de políticas sociais fortalecidas e duradouras.

2.2. O ESTADO DE BEM ESTAR SOCIAL E O SUS

Para Höfling (2001, p. 31) as políticas sociais podem ser entendidas como “ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico”. O próprio termo: políticas sociais, de acordo com Menicucci e Gomes (2018), é utilizado para definir políticas públicas

adotadas pelos governos como proteção aos riscos sociais e promoção de bem estar aos cidadãos. O surgimento e desenvolvimento das políticas sociais ocorreu na Europa ocidental e está aliado ao próprio processo de constituição do Estado moderno e as concepções de cidadania. O Estado de Bem Estar Social pode ser considerado como o ponto mais alto do desenvolvimento e capacidade institucional do Estado e que procura atenuar os impactos de crises e instabilidades econômicas próprias do capitalismo. Pensando nas políticas sociais também como espaço de disputas e compreendidas de acordo com o momento histórico nos quais elas se inscrevem. As políticas sociais são atravessadas por contradições e conflitos entre interesses antagônicos, de forma que, de um lado, o capital que procura, cada vez mais alcançar a potencialização dos lucros, de outro lado, a classe trabalhadora que luta para ser reconhecida como detentora de direitos (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2017).

No Brasil, o início de uma construção de um sistema efetivo de proteção social conforme Vazquez *et al.* (2004), próximo de um Estado de Bem Estar Social teve seu ápice na Constituição de 1988. Antes disso, pode-se observar que já existiam no Brasil alguns programas de transferência monetária e de prestação de serviços básicos, conforme já descrito no primeiro capítulo, compreendendo que, as intervenções de proteção social, já estavam há algum tempo incorporadas no jogo político.

O Estado de Bem estar Social brasileiro, foi, assim como grande parte do cenário latino, enfraquecido diante das reformas neoliberais de Estado. Nesse sentido, ainda que as políticas sociais tenham tido inegáveis avanços na década de 80, principalmente na incorporação da Saúde como componente do conjunto de programas da seguridade social, muitos retrocessos são observados logo após o marco de 88. Esses avanços colidem diretamente com as reformas econômicas implementadas no esteio da onda neoliberal da época, que em nome da abertura e ampla concorrência do mercado diante da globalização e o equilíbrio das contas públicas optou por diminuir recursos para o sistema de proteção social e não enfrentando de fato os desafios aos quais estes haviam sido propostos. Este aspecto é salientado também por Krüger e Reis (2019), no que diz respeito ao conflito entre um grande projeto de política social de saúde que seja universal, estatal e integral e as demandas do capitalismo contemporâneo.

Para Carvalho e Yamamoto (2002), na atualidade, não há outra alternativa quando se estuda a gestão de políticas públicas brasileiras que não considere como fundamental a determinação neoliberal na formulação destas e a forte tendência ao desmonte do chamado Estado de Bem-Estar Social. Esta posição inclui o atendimento público e estatal no contexto

da saúde. Esta mesma decomposição é observada de forma global em muitos países que passaram a adotar medidas que constituíssem o Estado de Bem Estar Social.

Ao tratar da relação entre políticas sociais e o contexto da saúde, Araújo e Guimarães (2017) ressaltam que, dentro do capitalismo monopolista, as políticas sociais são objeto de constantes discussões. Muito é debatido sobre os desafios de sua efetivação diante do cenário contemporâneo de ajuste fiscal aos moldes neoliberais e o contexto de redução dos gastos públicos na esfera social. A saúde pode ser considerada a política social com maior visibilidade na sociedade, uma vez que ela trata de diversos âmbitos da vida humana e organiza inclusive a vida coletiva para muito além do binômio saúde/doença. Para as autoras, “pode-se afirmar que existe uma noção de saúde ampliada, que considera vários aspectos que a determinam e condicionam, a exemplo de moradia, trabalho, lazer, alimentação, entre outros” (ARAÚJO; GUIMARÃES, 2017, p. 98).

Para Mazetto (2015) é importante compreender a lógica que subjaz nas relações das parcerias público-privadas, surgidas no contexto de transformação do sistema capitalista no pós-crise dos anos 70 e anunciadas como solução às dificuldades de financiamento do Estado de Bem Estar Social.

2.3. A SOCIEDADE CIVIL E O TERCEIRO SETOR: CAMINHOS ATÉ A FORMAÇÃO DAS OSS

As definições sobre o termo “sociedade civil” são complexas mas se configuram como um instrumento potente para a compreensão e análise do capitalismo moderno (FONTES, 2006). Estas serão aprofundadas na trajetória deste projeto de pesquisa, porém é importante introduzir o arcabouço que sustentará esta discussão. No lastro ancorado nas ideias de pensadores como Hobbes sobre as origens do poder do Estado, Antônio Gramsci elaborou uma nova e ampla categoria de análise do que se denominaria sociedade civil. De acordo o pensamento gramsciano, compreender a sociedade civil demanda identificar alguns elementos de sua origem que reaparecem muito nitidamente nas lutas sociais contemporâneas (FONTES, 2006, p. 206).

Na realidade brasileira, a sociedade civil passou a ser alvo de debate principalmente no âmbito acadêmico nos anos 70/80 no qual ela se confirma como campo de ação dos movimentos sociais surgidos no processo de redemocratização, mais despolitizada e embaladas pela crise do capital da década de 70 e o recrudescimento do modelo *Welfare State* de bem estar social (DURIGUETTO; SOUZA; SILVA, 2009). Nos anos 90 houve uma guinada importante com a investida do ideário neoliberal na sociedade civil, até como uma

resposta ao caráter “movimentalista” da sociedade civil até então e que tinha atingido certo apogeu na própria Constituição de 1988 que abertamente valorizava a participação das reivindicações populares nos canais institucionais da esfera estatal, como nas bases que proporcionaram a própria criação do SUS. O Estado não poderia mais ser o principal agente na promoção do bem estar social, pois essa tarefa era dispendiosa economicamente e o Estado vinha, até então, se mostrando ineficiente, devendo assim transferir essa responsabilidade para a sociedade civil. Para Lacaz, Goulart e Junqueira (2017) a lógica do capitalismo e suas metamorfoses impuseram ao Estado uma busca por resultados quantitativos em suas intervenções e políticas e atravessou as narrativas de gestão durante a década de 90, mais precisamente em 1995 quando a proposta do plano gerencial Bresser-Pereira determinou as relações e os processos de trabalho na administração pública de forma definitiva.

De acordo com Fernandes (1994), a ideia do "terceiro setor" pressupõe a existência de um “primeiro” e “segundo” setor, que se referem ao Estado e ao mercado, respectivamente. Embora a referência a esses setores seja indireta, o conceito do terceiro setor designa um conjunto de iniciativas particulares com um sentido público. Enquanto a noção de sociedade civil coloca-se em oposição complementar e sistemática ao Estado, o conceito do terceiro setor leva a reflexão em outras direções, sem fronteiras definidas.

O estudo realizado por Vargas (2012) analisa os discursos instituídos nas ONGS, particularmente de interesse para esta pesquisa no sentido de que, ambos Ongs e OSS, são oriundas do mesmo eixo nuclear:

[...] defensoras dos interesses e demandas da sociedade civil, independente da natureza desta demanda: desde uma demanda de combate a poderes desiguais tal como instituídos, até o atendimento às necessidades mais básicas da população não satisfeitas pelo Estado (VARGAS, 2012, p. 107).

Neste sentido, o ideário das ONGs carrega um sentido do mito do popular e que após o período da transição democrática passou a ter o sentido de representante da sociedade civil. A transformação do conceito de popular em concepção de sociedade civil se deu após os anos de repressão durante o período da ditadura militar nos anos 70 e no período de redemocratização, se configurou como urgente a ideia fomentar formas de expressão para uma sociedade civil brasileira. Sendo assim, as ONGs passam por um suposto caminho natural de instituição herdeira da sociedade civil, carregando uma contingência de significados no ideário social de não somente de agentes da democratização, mas num sentido de fortalecimento de um papel de protagonismo no campo social brasileiro. sociedade civil e terceiro setor

Sobre as dimensões da definição do termo "terceiro setor", Calegare e Silva Júnior (2009) salientam que estas estão alocadas principalmente no campo da administração, muitas vezes envolvidas de grande otimismo e esperança de mudança social. Os autores apontam que o contraponto crítico só é alcançado quando se observa para além do padrão de gestão, mas por meio de saberes de campos das ciências humanas, como da Psicologia Social, entre outras. O termo, que nasceu na cultura americana dos anos 70, descreveria para de um sistema de três setores: mercado, Estado e setor privado, sem fins lucrativos. O termo nasce no berço do individualismo liberal que, de acordo com os autores (LANDIM, 1999 apud CALEGARE; SILVA JUNIOR, 2009), auxilia na compreensão sobre as bases nas quais esse ideário se configurou. As entidades que compõem o terceiro setor são de uma natureza jurídica distinta que, reguladas pelo controle do Estado, tem como objetivo representar a participação da sociedade civil em ações de interesse público. Segundo Sodré, Bussinger e Bahia (2018), as organizações sem fins lucrativos partem de um não-lugar, nem público e nem privado, criando uma aparência de ausência de qualquer efeito de sua existência nos campos nos quais atuam, sobretudo no da saúde. Para os autores, "as organizações sociais preencheram o falso ideário de que eram uma alternativa ao poder estatal, exógeno a ele, com poder de supostamente dotar de transparência e publicização dos recursos públicos" (SODRÉ; BUSSINGER; BAHIA, 2018, p. 43).

Na análise de Montaño (2010), o conceito de terceiro setor é encoberto por um aparato ideológico e mistificado. É importante refletir sobre a natureza desse fenômeno a partir de uma perspectiva crítica e de totalidade, para compreender as raízes do terceiro setor na sociedade e no sistema econômico em que está inserido. O terceiro setor pode ser visto como uma resposta à reestruturação do capital e aos princípios neoliberais que têm dominado a economia global nas últimas décadas. Essa modalidade de atuação social se baseia em valores de solidariedade voluntária e local, autoajuda e ajuda mútua, em contraste com o papel tradicional do Estado e do mercado na provisão de bens e serviços públicos. No entanto, é importante também reconhecer que o terceiro setor não é uma solução completa para as questões sociais que enfrentamos. Embora possa desempenhar um papel importante no fornecimento de serviços e na promoção do bem-estar social, o terceiro setor também pode perpetuar a desigualdade e a exclusão social se não for cuidadosamente monitorado e regulamentado. É essencial manter uma perspectiva crítica em relação ao terceiro setor e buscar uma compreensão mais profunda de seu papel na sociedade. O autor salienta que, a função social dessas respostas às refrações da "questão social", no projeto neoliberal, a responsabilidade do Estado, recaindo para os próprios sujeitos e para as ações filantrópicas,

das organizações da sociedade civil a responsabilidade no enfrentamento da questão social. Sobre esta questão, neste sentido:

A resposta às necessidades sociais deixa de ser uma responsabilidade de todos (na contribuição compulsória do financiamento estatal, instrumento de tal resposta) e um direito do cidadão, e passa agora, sob a égide neoliberal, a ser uma opção do voluntário que ajuda o próximo e um não-direito do portador de necessidades, o cidadão pobre (MONTAÑO, 2010, p. 22).

No resgate histórico sobre o surgimento das Organizações Sociais de Saúde realizado na pesquisa de Travagim (2017), a autora observa que estamos diante de uma tendência global de desmonte dos sistemas de proteção mundial nos anos 90. A iniciativa privada adquire um novo espaço no cenário da saúde, que mesmo nos anos iniciais do próprio SUS, ainda era (e se mantém) um universo de ampla disputa política. As OSS foram regulamentadas pela Lei nº 9.637 de 15/05/1998 na esfera federal, por Lei complementar Nº 846/1998 no Estado de São Paulo e pela Lei 14.132/2006 no município de São Paulo. A autora levanta a possibilidade de questionar a constitucionalidade das Organizações Sociais de Saúde (OSS) ao argumentar que elas não são complementares, mas sim substitutivas da gestão estatal, o que fere a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990). O autor ainda afirma que a parceria entre o Estado e as OSS é na verdade uma privatização disfarçada, caracterizada pela transferência de atividades e recursos do público para o privado.

Para Vianna e Silva (2018), o financiamento da prestação dos serviços de saúde pela iniciativa privada implica diretamente em uma lógica de saída da saúde do campo do bem público e do seguro social como política pública. O foco, segundo os autores, passa a ser um modelo da lógica proprietária, individual, produtiva e rentista. A construção de políticas públicas e de direitos sociais (nos quais o SUS está inserido) dentro do capitalismo revela embates importantes entre os atores sociais e entidades privadas. De acordo com Soares e colaboradores (2018), ainda que o modelo SUS seja tenha preconizado o acesso universal com financiamento público, se manteve a rota neoliberalista que insere entidades do setor privado, mesmo recebendo a denominação de entidades públicas - não estatais na forma das Organizações Sociais de Saúde. As OSS são, de fato, o braço do mercado e do capital na prestação dos serviços de saúde do SUS.

Para Santos (2018) os chamados “novos modelos de gestão” nas quais as entidades privadas denominadas “público não estatal” mas com personalidade jurídica de direito privado, no caso, as OSS tratam-se de nada mais do que meios indiretos ou não pelos quais o capital privado procura se inserir no campo da saúde. Sendo assim, o que se observa nos últimos anos é a manutenção de “uma lógica macroeconômica de valorização do capital

financeiro e a subordinação da política social a ela, também no Brasil” (SANTOS, 2018, p. 229). A relação de entrelaçamento entre os setores público e privado no campo da saúde com o foco em uma política que tem como fundamento a universalidade, segundo a autora, diz respeito ao desenvolvimento do capitalismo particular no cenário brasileiro, com suas especificidades, e que por isso tem sua capacidade de geração de conquistas sociais ainda mais reduzidas. De acordo com Magrini (2011), a hipótese de que ao delegar para as OSS a gestão da assistência à saúde garantiria uma maior eficiência na prestação dos serviços tendo em vista a autonomia administrativa e financeira dessas organizações sobre o estrutura estatal se mostrou ao longo dos anos frágil diante da complexidade dos diversos contextos de saúde no Brasil.

Para Montañó (2002 apud SANTOS, 2016, p. 223) fica evidente o movimento do setor privado em direção ao domínio de setores que, até então mantinham hegemonia estatal, transformando políticas sociais de saúde em negócios “com perspectiva de preservar e garantir privilégios do capital”.

No texto no qual analisa o papel da ideologia nas políticas públicas, Fernandes (2005) refere sobre o fato do capitalismo capturar e transferir por meio do individualismo e o consumismo, as necessidades e interesses para a esfera privada. Esse fenômeno, acaba por encobrir desigualdades e tem como principal efeito desse deslocamento o fato de questões que deveriam ser discutidas no âmbito do Estado passam a ser transferidas para a esfera privada. A questão remete à reflexão feita por Bonfim (2010, p. 30) que refere sobre a característica da atual fase avançada do capitalismo tardio: “a predominância de uma lógica privatista no que se refere ao enfrentamento da questão social”. Nessa concepção, a satisfação das necessidades da população devem ser satisfeitas no âmbito privado, por meio das redes familiares e comunitárias, deixando a esfera pública para ser utilizada em último caso. Conforme Montañó (2010) trata-se de um processo de trivialização da “questão social” e uma auto responsabilização dos indivíduos, retirando do Estado paulatinamente as responsabilidades da ética do direito universal e transferindo para o cotidiano individual dos sujeitos.

A lei do SUS também previu a regulamentação das parcerias público - privadas que, de acordo com Morais *et al.* (2018) propiciaram à organizações do terceiro setor e da iniciativa privada a oportunidade de se qualificar como Organizações Sociais da Saúde (OSS). A criação das Organizações Sociais de Saúde são parte da reforma do Estado promovida durante o governo de Fernando Henrique Cardoso. A ideologia gerencial nas quais operam as OSS são parte genuína dentro da doutrina neoliberal e que, inseridas dentro da política de saúde do SUS atuam no processo de terceirização e privatização do sistema.

As OSSs, conforme os autores, surgiram no Brasil a partir de possibilidades abertas para a gestão pública após a Reforma do Estado entre 1994 e 1995. São organizações sem fins lucrativos que se apresentam como representantes do chamado “terceiro setor” e surgem como nova modalidade voltada à função social de gestão e provisão de serviços de saúde, vinculadas ao modelo das parcerias público-privadas” (MORAIS *et al.*, 2018, p. 2). A partir dos anos 2000, o Brasil passou a investir fortemente nos modelos híbridos de administração pública de saúde e de acordo a pesquisa de Moraes *et al.* (2018) os estados de São Paulo e Rio de Janeiro com maior número de contratos de gestão vigentes nessa modalidade. Durante a gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso, nos anos 90 iniciou-se uma exponencial implementação Programa Saúde da Família (PSF) via convênio. No município de São Paulo, a partir de 2001, se instituiu uma política massiva de contratos com OSS via convênio para expansão do PSF, seguido por outras cidades do Estado (COELHO; GREVE, 2016).

O Relatório do Mapa das OSCs no Brasil, realizado em 2020, traçou o perfil das OSs e OSCIPs em atividade no Brasil. Segundo o mapa, até 2020, eram 1.114 OSS em atividade no país, com 40% delas localizadas na região sudeste. Mais de 90% das OSs foram criadas entre 2011 e 2018.

Conforme Barcelos *et al.* (2022), a maioria dos estudos anteriores sobre Organizações Sociais de Saúde (OSS) se concentrou no estado de São Paulo, devido à maior existência de estabelecimentos e disponibilidade de dados. No entanto, a pesquisa atual identificou a presença de OSS em outros estados, como Santa Catarina e Espírito Santo. Além disso, as OSS estão presentes em diversos tipos de serviços de saúde, além dos hospitalares, estão presentes também em Unidades Básicas de Saúde/Centros de Saúde e Clínicas Especializadas. A distribuição espacial das OSSs apresenta concentração em algumas regiões do país, como Sudeste e Sul, e poucas na região Norte, o que parece estar relacionado às condições socioeconômicas.

Travagin (2017) destaca que a Lei de Responsabilidade Fiscal de 2000 foi um incentivo para que estados e prefeituras adotem o modelo de Organizações Sociais de Saúde (OSS), uma vez que a lei limita as despesas com recursos humanos a um percentual da receita corrente líquida. Isso pode afetar diretamente a execução das políticas sociais, especialmente em tempos de discurso de austeridade fiscal, que tem sido cada vez mais presente nas campanhas eleitorais de todos os níveis de governo. O autor aponta que este contexto reforça a necessidade de pesquisadores e gestores da saúde pública dedicarem mais atenção à privatização disfarçada da saúde, especialmente para as OSS, que são um mecanismo de implantação rápida.

2.4. PSICÓLOGOS(AS) TRABALHADORES DA SAÚDE E A LÓGICA NEOLIBERAL

Compreendendo que o objeto de investigação desta pesquisa é a atuação do trabalhador do SUS psicólogo inserido em equipamento da atenção básica gerida por OSS, se faz importante pontuar sobre os desdobramentos do modelo gerencialista de gestão da saúde sobre os trabalhadores. De acordo com Lacaz, Goulart e Junqueira (2017) a discussão sobre os impactos da lógica privada sobre os processos de trabalho em saúde e seus efeitos na saúde dos trabalhadores é urgente.

Questões como a livre concorrência, o individualismo e a busca incessante por gastos mínimos com recursos humanos associados à máxima produtividade são parte da incorporação de valores próprios da iniciativa privada pelo setor público. A chamada ineficiência do Estado na gestão dos serviços públicos é carregado também pelo ideário da competitividade e da rentabilidade, valores que caracterizam as corporações privadas.

Nesse contexto, a educação e a saúde também se convertem em mercadorias e, conseqüentemente, a Saúde Pública que deveria manter certa independência da lógica de mercado, agora, também passa a ser regida por uma retórica muito similar a do setor privado. Esse fato traz conseqüências diretas sobre a vivência dos trabalhadores dessas instituições, seja sobre as relações de trabalho seja na organização dos processos de trabalho. Deve se destacar, ainda, que a qualidade do serviço prestado também pode ser afetada (BARROS; BERNARDO, 2017, p. 61).

Para as autoras, a desregulação dos processos de trabalho é uma das principais características do capitalismo contemporâneo. Neste contexto, é importante retomar que a doutrina neoliberal foi construída e proposta como forma de lidar com os impasses e as crises do modelo capitalista.

Autores clássicos refletiram sobre o neoliberalismo e a construção da subjetividade, como Bourdieu (1998), nos quais o autor refere que o neoliberalismo, com sua visão atomista do mundo social, contribui para dissolver os laços sociais que constituem a base da solidariedade. O contorno neoliberal substitui a solidariedade por uma competição geral que coloca todos os indivíduos em uma situação de concorrência mútua. A lógica da concorrência, que é a lógica do mercado, coloca o indivíduo em um estado de insegurança constante, obrigando-o a se adaptar continuamente às mudanças do mercado e a se reinventar constantemente para permanecer competitivo.

Foucault (2008), no texto sobre o nascimento da biopolítica, compreende que o modelo neoliberal não é uma teoria do Estado; é uma prática do Estado. Ele é o que os

Estados fazem para si mesmos e para os outros, com o objetivo de se tornarem sempre mais eficazes, ou seja, mais capazes de utilizar as técnicas do mercado e de otimizar a rentabilidade. O que é novo no neoliberalismo é que ele coloca o mercado em um novo nível: ele se torna a medida de todas as coisas, incluindo o próprio Estado. O mercado é o princípio orientador das políticas públicas, é o que dita as regras do jogo em todas as áreas da vida social, incluindo a educação, a saúde, a cultura e a política. O neoliberalismo é, portanto, para muito além de uma política econômica, mas sim, uma política da subjetividade, um novo ethos da forma como as pessoas se concebem e se comportam em relação a si mesmas e aos outros.

Na análise histórica dos processos de crise sociais e econômicas que tiveram como resposta, a formulação de teorias centradas no indivíduo, com uma hiper valorização das ações individuais. Os sujeitos são convertidos em capital, ou "capital humano", nos quais a racionalidade é de um indivíduo autônomo, que depende somente de condições individuais para a satisfação de seus interesses. Este processo é expresso por meio de contratos de trabalhos cada vez mais instáveis e com menos benefícios, possíveis através dos processos de terceirização dos vínculos trabalhistas. Este fenômeno tem influência na própria organização do trabalho na saúde, resultando na intensificação da carga de trabalho e alta competitividade nas equipes por atingimento de metas. Outra consequência do processo de terceirização é a desmobilização dos trabalhadores, que, associado ao enfraquecimento dos sindicatos das últimas décadas, diminui os espaços de discussão e deliberação sobre suas condições laborais.

CAPÍTULO 3 – O INDIVIDUALISMO EM QUESTÃO: A FORMAÇÃO PROFISSIONAL DO PSICÓLOGO

A atuação do psicólogo enquanto profissão vem sendo objeto de estudo de muitas pesquisas devido a seus atravessamentos pelos contextos históricos e metamorfoses dos sistemas sociais, econômicos e de saúde. São novas demandas que convocam a psicologia enquanto instituição a ser revisitada e transformada. Compreender os caminhos da Psicologia nas ciências humanas, os enfoques positivistas que culminam em valores individualizantes que perpassam pela atuação psi nos equipamentos de saúde. Desvelar essa trajetória, acena quanto a um horizonte na qual a identidade profissional do psicólogo esteja de fato ligada a uma ação transformadora da realidade.

Para Ferreira Neto (2017) há de se admitir que nos últimos 20 anos houve uma sensível melhora na compreensão dos aspectos políticos de sua atuação profissional para os psicólogos, porém o caminho entre a clínica clássica individual para a atuação em políticas sociais ainda se mantém tortuoso e sem a garantia efetiva de uma atuação comprometida sociopoliticamente com as práticas. O que o autor questiona é o fato de em que medida as práticas na contemporaneidade ainda resguardam uma lógica da “ação neoliberal privada no contexto público” ou rompem para a fluidez de novas formas de atuação. Neste sentido ele analisa sobre o próprio termo “social” ter se tornado um indicativo de algo bom, tendo seu significado reificado, como no slogan da Nova República “tudo pelo social”, utilizado inclusive pelo mercado como um selo de qualidade para qualquer tipo de ação. A fusão do mercado com o social precisa ser analisada de forma urgente.

O surgimento das ciências humanas, inclusive o da Psicologia, esteve ligado aos interesses da hegemonia burguesa conforme Guerra (2002) discorre em seu texto sobre a construção da psicologia enquanto ciência: “[...] a história da Psicologia nos evidencia uma tradição de trabalho associada ao controle, à higienização e à diferenciação, que, desde os primórdios de seu nascimento, associaram às práticas sociais e políticas a manutenção do status quo” (GUERRA, 2002, p. 29).

A psicologia nasce descomprometida do contexto social e marcada pelos sistemas de dominação do modo de produção capitalista. Para Scarcelli (2017), ao abordar o trabalho de Robert Farr, reflete a concepção do individualismo dentro da psicologia tradicional, no qual compreende o indivíduo sob o domínio da razão, ser da consciência que ainda é fortemente atrelado ao paradigma cartesiano, tornando-se a ideologia que permeou toda a tradição intelectual do século XX. Na compreensão do modelo dicotômico de indivíduo e o social

como dimensões apartadas e desconectadas, as contradições foram parcialmente contempladas por muitas teorias das ciências humanas, ao longo do século, porém no campo da Psicologia ainda pressupõe uma concepção de indivíduo limitado, submetido a si mesmo ou em outro pólo, coagido pela organização social. Nesta perspectiva, atribui-se ao indivíduo, todas as contradições forjadas no tecido social.

Para Dumont (1985 apud TOURINHO, 1993), o "individualismo" enquanto concepção, diz respeito a um conjunto de ideias e valores que centralizam as atenções em uma concepção de indivíduo particular e que atribuem a este, a possibilidade de realização pessoal, de forma independente de fatores relacionais e sociais. Este indivíduo particular, é a imagem de ser humano totalmente livre, autônomo e autossuficiente. O autor também corrobora com a perspectiva de que as ciências humanas carregam forte herança do modelo cartesiano e suas concepções sobre somente por meio deste referencial, é possível conhecer a realidade: “Esta concepção pode ser ilustrada recorrendo-se à reflexão epistemológica, na qual ela se manifesta, a partir do século XVII, na forma de uma ênfase em condições individuais como as responsáveis pela possibilidade de se vir a conhecer a realidade” (TOURINHO, 1993, p. 1).

A análise sobre a natureza do conhecimento, de acordo com Tourinho (1993), aparentemente trata-se de apenas um exemplo da aplicação do individualismo no pensamento ocidental contemporâneo. O que se denominou no passado como *homo philosophicus* (ELIAS, 1990 apud TOURINHO, 1993) conforme correntes epistemológicas do início do séc. XX, foi substituído por algo que poderia ser denominado pelo conceito de *homo economicus* (FOUCAULT, 2008), já que as naturezas de concepção do homem atrelados ao *ethos* filosófico também se ampliou no contexto do pensamento econômico liberal. A exaltação desta concepção de indivíduo singular amplificou-se a diversas dimensões da filosofia e da cultura ao longo do tempo.

A reflexão sobre a construção da concepção da imagem dos indivíduos pelas doutrinas individualistas, fortemente baseados no ideário de liberdade pessoal, tem, segundo o autor, profundas relações com as teorias econômicas liberais. Ambas, heranças do projeto de emancipação humana proposto no Iluminismo. Essas relações são apontadas por Bachur (2006) quando procura as correlações entre essas dimensões na ordem econômica e política.

O liberalismo, no sentido sintetizado pela clássica expressão "*laissez faire, laissez passer*" de origem fisiocrata, não se reporta apenas e imediatamente ao mercado, mas tem em conta uma luta *política* contra o absolutismo. Esse liberalismo é correlato a um individualismo muito específico, obtido a partir do confronto entre impulsos egoístas e impulsos "sociais" ou "sociáveis", por assim dizer. É dessa tensão extremamente sensível que emerge o mercado liberal e a questão da desigualdade, preço a ser pago pelo desenvolvimento e pela liberdade econômica e

política, tem então de ser remetida ao futuro, à utopia do progresso humano garantida pela filosofia da história (BACHUR, 2006, p. 169).

A ideologia individualista, amplamente difundida na sociedade ocidental contemporânea, teve, de acordo com Dumont (1985 apud TOURINHO, 1993), seu início ainda no cristianismo, posteriormente nas diferentes fases no Iluminismo, Romantismo e na sociedade atual, já atravessado pelo capitalismo. Para o autor, o “individualismo é o valor fundamental das sociedades modernas” (DUMONT, 1985 apud TOURINHO, 1993, p. 28) e foi, ao longo da história das sociedades, transformado e adaptado na sociedade ocidental.

Na análise histórica das correntes de pensamento, incluindo as que são alicerces da ciência psicológica, Tourinho (1993) reforça que o discurso individualista tem como função, dar legitimidade a uma dada ordem política e econômica.

Vargas (2012) reflete sobre o início do processo de construção do conhecimento, que remete ao pensamento medieval, que foi marcado pelo obscurantismo na forma como o Homem se relacionava com a razão, sempre pautado por uma visão teocêntrica de *enxergar* os fenômenos. As intensas transformações sociais, políticas, econômicas e religiosas no período moderno fizeram com que dogmas fossem rompidos, e verdades tidas até então como inquestionáveis fossem levadas a um mergulho em incertezas. Sendo assim, o período moderno se constitui no âmbito da ciência, como um período no qual “o indivíduo se institui como lugar da consciência e da razão, da certeza e da verdade e a possibilidade de acesso a este conhecimento está no interior do próprio indivíduo” (VARGAS, 2012, p. 20).

Quando analisa as relações entre o pensamento científico da era moderna, em especial após a era industrial e suas implicações com o capitalismo, Virgínio (2006) destaca os limites da racionalidade cartesiana sobretudo diante das complexidades e multidimensionalidades do contemporâneo enquanto descrição da realidade. A racionalidade iluminista, conforme a autora refere, ainda é um fundamento importante na concepção do Universo pelos seres humanos, porém apresenta-se engessada a uma forma pragmática, mecânica e inserida dentro de uma lógica linear. As concepções de domínio e controle sobre a natureza e sobre si já não dão conta da apreensão da realidade. Esse paradigma, quando posto como único, conduz a uma supervalorização da razão e fragmentação do conhecimento (ARAÚJO, 2010).

De acordo com Fernandes (1999) essa construção da ciência ocidental tem como efeito perverso uma ilusão de controle e mitigação dos erros que priorizam relações de custo versus benefício dentro do modo de produção capitalista. Nessa lógica, o indivíduo é colocado como senhor liberto das amarras do social, livre e autônomo. Esse ideário também se manifestou na construção de modelos de constituição da subjetividade – foco do campo da Psicologia.

3.1. A PSICOLOGIA COMO PROFISSÃO: BASES HISTÓRICAS

A psicologia enquanto profissão foi regulamentada pouco antes do golpe militar de 64, mais precisamente em 1962. No início desta trajetória enquanto formação profissional, a graduação mantinha uma formação básica em três campos de atuação: a clínica, a escolar e a organizacional. Valorizava-se o profissional liberal e a atuação autônoma se dava majoritariamente na classe média e urbana. Desde o momento do estabelecimento na forma de lei, do psicólogo como profissão até os anos 80, toda a formação profissional se dá alicerçada na atuação clínica.

Na trajetória do desenvolvimento da psicologia enquanto profissão no Brasil não há forma de desconsiderar a tradição elitista e individualizante na qual ela foi forjada (BOCK, 2008). As estreitas relações com a burguesia e com a função social, condicionada à promessa e à possibilidade de previsão do comportamento por meio dos testes psicológicos foram as premissas pelas quais as primeiras décadas da psicologia enquanto profissão.

No resgate histórico-político do contexto do nascimento da psicologia como profissão verifica-se que o período de regulamentação da profissão, em 1962, se deu em meio à efervescência de fatos históricos na sociedade brasileira, como em 1964, ano do golpe militar. As consequências significativas deste período no contexto social, ideológico e econômico marcaram profundamente as práticas, concepções e referenciais teóricos entre os psicólogos. O nacionalismo e conservadorismo exacerbado, a elevação de valores como “Pátria, Família e Propriedade”, perseguição aos movimentos de esquerda convocaram a psicologia para uma série de incumbências novas áreas da pesquisa e da clínica, com objetivo de “melhor investigar para controlar o perfil psicológico da esquerda e de seus movimentos sociais e culturais, posto no perfil psicológico de seus representantes” (MARTINS, 2012, p. 16). Estava posta durante esse período, a lógica intimista e individualista como forma de compreensão da subjetividade. No período de maior recrudescimento da repressão militar, nos anos 70 se desenvolve toda uma concepção de sujeito alinhado às demandas da ditadura, uma subjetividade com foco individualista, com a personalidade atravessada exclusivamente pelo âmbito familiar e pouco articulada com os determinantes histórico-políticos de seu tempo.

De acordo com Ferreira Neto (2017) a graduação da psicologia, conforme descrito em diversas pesquisas, se manteve com foco para o exercício em consultórios particulares, como profissional liberal. Essa tradição, ainda que, com algumas iniciativas nos anos 80, se manteve mais estanque até meados da década de 90 quando, após diversos debates sobre as

Diretrizes Curriculares sobre o ensino de psicologia, se convencionou sobre uma mudança nesse paradigma. Para o autor, essa tradição de quase 30 anos focalizando na atuação da clínica individual trouxe heranças que ainda resultam em impasses importantes para a prática.

Refletindo sobre as transformações do Ensino Superior de forma mais ampla, sobretudo nas últimas décadas, Fernandes (2005) afirma que o discurso que defende a maior democratização do ensino superior também encobre interesses para além da adaptação dos currículos às necessidades regionais e sociais. Para a autora, há uma falta de clareza quanto a conceitos como habilidade e competência, que perpetram deformações nas relações Educação e Trabalho para que estas estejam alinhadas às novas exigências do mundo globalizado. Neste sentido, o que se observa é um modelo de Ensino Superior que acaba por atender às demandas do empresariado/capital em detrimento ao que efetivamente se propõe, ou seja, responder às demandas sociais. Com relação à graduação da psicologia, se observa fenômeno semelhante de acordo com Lisboa e Barbosa (2009) quando traçaram o perfil dos cursos de graduação de psicologia no Brasil. Os achados encontrados pelos autores são de mais de uma década atrás, porém podem ser observadas até os dias atuais. Segundo o estudo, em 2009, as regiões sul e sudeste concentravam 21,72% e 48,74% dos cursos de psicologia respectivamente, com grande prevalência de instituições de ensino privadas. Na análise dos autores, os cursos “buscam as regiões mais ricas da Federação para se instalarem. É mantida, dessa forma, a lógica de uma educação superior voltada para o mercado, e não necessariamente para as necessidades da população: busca-se o lucro onde o capital se concentra” (LISBOA; BARBOSA, 2009, p. 727).

3.2. A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA

A inserção do psicólogo nos contextos da saúde ocorreu a partir de diversos contextos sociais e econômicos. De acordo com Dimenstein (1998) ao final dos anos 70 e início dos anos 80 a psicologia como profissão atravessava, assim como as próprias políticas de saúde, momentos de profundas transformações. A primeira grande crise do capitalismo dos anos 70 gerava cortes de financiamento dos programas sociais e de saúde, com grande impacto na população. Para a psicologia, a crise havia afastado os clientes da classe alta e média dos consultórios particulares e psicólogos passaram a buscar novos espaços de atuação. Para Spink (2010) um momento importante no processo de inserção do psicólogo na rede pública ocorreu em 1982 quando de fato, criou-se uma política inserindo estes profissionais na Secretaria de Saúde de São Paulo como parte já da política de desospitalização e ampliação

dos serviços de saúde mental à rede primária, diretrizes do que ficou conhecida como Reforma Psiquiátrica.

O trabalho do psicólogo na área da saúde, vem sendo refletido desde os primórdios da própria história da Psicologia no Brasil. No início, o trabalho era restrito ao âmbito das psicoterapias e psicodiagnósticos no contexto da saúde mental e posteriormente o trabalho foi ampliado a partir da reforma sanitária que acrescentou novos campos ao conceito de saúde, expandindo sua compreensão e determinando um maior comprometimento social do profissional psicólogo. Os autores pontuam sobre o rompimento do paradigma do modelo biomédico de compreensão do processo de adoecimento e os determinantes sociais da saúde como norteadores da mudança de cenário que influenciou na atuação do psicólogo ao longo das últimas décadas.

A trajetória da psicologia enquanto profissão na atenção básica na saúde pública no Brasil teve como ponto inicial a década de 80, quando a partir dos princípios estabelecidos pelas reformas psiquiátricas e sanitárias, a complexidade e determinação das questões de saúde mental para a integralidade do processo de qualidade são estabelecidos (JIMENEZ, 2011). Nesse momento há uma convergência nas propostas e projetos que incluem mudanças importantes na atenção à saúde e na importância da contribuição da psicologia dentro de equipes multiprofissionais. A partir da abertura para novos olhares no processo de saúde doença, documentos norteadores e reguladores foram elaborados para a incorporação destes profissionais nos serviços de saúde, dentre eles os AIS (Ações Integradas de Saúde) que proporcionaram a formação da rede de serviços que culminaram na instalação de um Serviço de Saúde Mental nos centros de saúde da Secretaria Estadual de São Paulo (OLIVEIRA *et al.*, 2004 apud JIMENEZ, 2011). O que se verifica é o fato de que a entrada dos psicólogos no contexto da saúde pública se deu no bojo de diversas lutas sociais que fundamentam tanto a Reforma Psiquiátrica quanto a Reforma Sanitária que juntas propuseram uma reorganização ideológica, político-institucional e social na assistência à saúde (FERREIRA NETO, 2017).

De acordo com pesquisa organizada por Spink (2007), foi possível identificar os psicólogos(as) inseridos no SUS por meio dos Dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde nas quais se observou que 14.407 profissionais da psicologia estavam atuando nesse campo da saúde. No Estado de São Paulo, o número no ano de 2006 era de 4.129, o dobro do estado com maior número de profissionais da psicologia atuando na rede SUS (Minas Gerais com 2.274). Essa configuração ainda se mantém nas UBS que não possuem Estratégia Saúde da Família, chamadas em São Paulo de UBS Tradicionais. No documento que propõe as diretrizes para a

atenção básica do município de São Paulo em 2015, constam que naquele ano coexistiam no município: 169 UBSs tradicionais, 203 UBS com Estratégia Saúde da Família, e outras 79 com modelos diferenciados de atenção como mistas, atenção à saúde indígena ou integrais (SÃO PAULO, 2015).

Na pesquisa de Böing e Crepaldi (2010) as autoras ressaltam que o papel do psicólogo na saúde coletiva ainda pode ser considerada insuficiente e incerta e que a causa deste fenômeno é multifatorial. Conforme descrito ao longo deste capítulo, a formação acadêmica ainda se mantém distante das demandas da realidade brasileira e do campo da saúde pública. Há um reconhecimento por parte do próprio Estado e demais instituições no que diz respeito não só a esta insuficiência na formação dos profissionais psicólogos, mas também aos demais profissionais de saúde. Foram realizadas parcerias entre prefeituras, Universidades e Ministério da Saúde para o oferecimento de cursos de especialização e residências em saúde da família com o foco na capacitação profissionais de saúde, dentre eles o psicólogo, para o desenvolvimento de um trabalho em conformidade com o modelo da estratégia da saúde da família (ESF). A ampliação do Programa Nacional de Reorientação da Formação em Saúde – Pró-Saúde (Portaria nº 3.019/2007) foi uma outra medida para os demais cursos de graduação da área da saúde, além dos cursos de Medicina, enfermagem e odontologia, que buscou transformar o processo de formação, de geração de conhecimentos e de prestação de serviços à comunidade para uma abordagem integralizadora na assistência à saúde.

Para além da formação profissional, o papel do psicólogo na atenção básica ainda tem como desafio discrepâncias relacionadas às próprias políticas públicas que determinam sua atuação no âmbito da saúde coletiva. Na pesquisa de Böing e Crepaldi (2010), foram analisados documentos oficiais da legislação federal de saúde referente à atenção básica e à saúde mental e/ou que faziam referência ao profissional de Psicologia nas quais as autoras observaram sobre incoerências nos modelos de atuação preconizados nos documentos da Política Nacional da Atenção Básica e das políticas específicas de saúde mental:

Na caracterização do modelo de atenção preconizado com relação à atenção básica e à saúde mental, constatou-se, nos documentos, uma dicotomia nas políticas públicas entre saúde e saúde mental. A Política Nacional de Atenção Básica, dentre outros documentos, institui a atenção básica, através das equipes de saúde da família, como referência e organizadora de todo o sistema, enquanto documentos específicos da legislação de saúde mental colocam os CAPS como referências da rede diversificada de serviços em saúde mental, como se esta não fizesse parte do sistema de saúde em geral. Tal dicotomia pode estar relacionada a um fator histórico, como reflexo dos movimentos sanitário (que implicou a mudança de modelo de atenção à saúde) e antimanicomial, uma vez que ambos se formaram na mesma época, mas tiveram encaminhamentos paralelos, inclusive em termos de políticas públicas de saúde coletiva e de saúde mental (BÖING; CREPALDI, 2010, p. 642).

De acordo com as autoras, a atuação do psicólogo no contexto da atenção primária no Brasil denota que esta, ainda está em defasagem frente às demandas da saúde coletiva. Um dos principais motivos para este fato seria ainda a mera transposição do modelo clínico tradicional diretamente para o contexto coletivo, sem contextualização. O lidar no dia a dia com uma realidade complexa com ferramentas muitas vezes insuficientes fornecidas pela formação acadêmica que não favorece para que as práticas psicológicas desenvolvam as tecnologias necessárias para produção da flexibilização e inventividade que a saúde coletiva imprime aos profissionais que atuam na atenção básica.

A rotina da atenção primária, permeada por protocolos e agendas de atendimentos é um desafio para o profissional psi, que se vê diante dos problemas do território e dos sujeitos inseridos nele com diversos graus de demandas de cuidado. Cabe aqui, uma importante reflexão proposta por Campos (2010) quando argumenta sobre as possíveis saídas para o conflito entre a necessidade expressadas pelos usuários do sistema, e as necessidades projetadas pelos técnicos, no nosso caso, os psicólogos. A manutenção dos rígidos mecanismos assistenciais e modelos organizações mais antigos estão, no que a autora refere como cerne do conceito de repressão à demanda por serviços de saúde: “Trabalha-se por conceito de exclusão a priori, e não com a possibilidade da construção progressiva de prioridades e mecanismos de reação usuários -serviços que considerem e levem também em conta as vontades e subjetividades dos usuários” (CAMPOS, 2010, p. 60).

Para a autora, os serviços de saúde pública precisam criar propostas assistenciais que consigam escutar o usuário em sua subjetividade e de forma simultânea levem em consideração as informações técnicas (clínicas, epidemiológicas e gerenciais) para que não só alivie a dor e o sofrimento, mas que desenvolvam práticas assistenciais que superem o binômio demanda espontânea e demanda reprimida.

3.3. UM VIÉS INDIVIDUALIZANTE: HORIZONTES PARA SUPERAÇÃO

O psicólogo, na sua inserção dentro da saúde pública no cenário da atenção básica acaba por apenas transportar o modelo clínico tradicional, que bebe da fonte do individualismo para a sua realidade. A proposta, neste caso, é o redimensionamento dessas práticas para a superação desse modelo (BOING; CREPALDI, 2010).

Para Spink (2011, p. 69) as perspectivas dessa inserção sob o ponto de vista inicialmente do “viés individualista que perpassa toda a psicologia, até mesmo a psicologia social assim como a psicologia da saúde dos idos de 70 e 80”.

O individualismo também é parte do ideário da visão da hegemonia liberal, e suas concepções influenciaram os conceitos de saúde, fenômenos psicológicos, individual e sociedade na formação e práticas do profissional psicólogo (BOCK, 1997). Na visão individualista/liberal na qual está cunhada a formação da psicologia, não abarca as diretrizes do SUS e nem a clientela que mais faz uso dele: usuários do serviço são de baixa renda. Para Dimenstein, (1998) é possível inferir que a própria Psicologia se desenvolveu alinhada a interesses capitalistas servindo principalmente de suporte dos ideais hegemônicos burgueses na perpetuação do status quo ao longo do seu percurso de legitimação social. O papel de questionar e transformar essa hegemonia vem sendo proposto principalmente pela Psicologia da Saúde e que poderia vir a ser instrumentalizada na atuação no SUS (SPINK, 2007). Não há como não relacionar esse viés individualista da formação do psicólogo com um contexto maior, de uma mudança paulatina dentro da própria sociedade brasileira, que foi se distanciando do que Jurandir Costa (2001 apud AZEVEDO; SÁ, 2013) denomina de um ethos dirigido para o público e se aproxima de um “culto do privado e do indivíduo, cuja característica principal foi a desqualificação sistemática da política como meio de participação na gestão do bem comum, através de uma “reviravolta imaginária” que fez da política e do Estado instituições acessórias” (p. 37).

Conforme observado por Scarcelli (2017), quando ingressam em unidades de saúde, os psicólogos se sentem convocados a produzir referências próprias acerca do trabalho a ser desenvolvido, considerando que até a pouco tempo atrás os cursos de graduação não ofereciam conteúdos relacionados à prática da psicologia na saúde pública, muitos até hoje mantêm seus currículos desconectados com as demandas da contemporaneidade. A autora salienta que, como consequência dessa lacuna na graduação, muitos profissionais apresentam sensações de “não saber” o que facilitava em diversos momentos o abandono dos referenciais adquiridos na formação seguido de engajamento a práticas/saberes aparentemente estabelecidos” (SCARCELLI, 2017, p. 50). Um outro movimento era na recuperação de referenciais originários do fazer psi tradicional, voltado para o atendimento em consultórios individualmente. O que se perde nas duas situações é a perspectiva de formação de novos saberes que iriam pôr complementar ambos os campos (psi e saúde coletiva).

De acordo com Ferreira Neto (2010), na análise histórica da Psicologia é possível encontrar a lacuna de experiência e teoria nos quais os profissionais psicólogos possam embasar-se para nortear suas práticas. O embasamento, ou lastro como chama o autor está sendo construído “in loco” neste momento, com os profissionais atuantes na saúde pública e pesquisadores e entidades da psicologia refletindo sobre essa práxis, buscando uma maior

compreensão da identidade do psicólogo em sua atuação no SUS. A formação do psicólogo ainda mantém bases na construção de saberes tradicionais e individualizantes, com pouco (e em muitos casos quase nenhum) foco na saúde pública. O resultado é uma formação de profissionais apolíticos e acríticos (DIMENSTEIN, 1998; BOING; CREPALDI, 2010). Outra questão importante para esta pesquisa é o fato de que, além de manterem os saberes tradicionais engessados, os psicólogos quando inseridos na saúde pública acabam por aderir às práticas institucionais vigentes, conforme nos exemplifica Scarcelli (2017) quando também constata a sensação que muitos profissionais de desconhecer o “como” atuar e aderem irrefletidamente ao que já está posto.

Para refletir sobre as dimensões teórico-metodológicas das relações sobre o psicólogo inserido nas políticas do SUS intermediado por OSS, é importante refletir sobre o papel da categoria na divisão social do trabalho. Como nas demais profissões, o trabalho do psicólogo que está subordinado dentro de uma formação social capitalista e conforme postula Yamamoto (2012), o psicólogo se inscreve em diretrizes institucionais e trabalhistas que regulam a relação de trabalho. Dessa forma, existe uma fronteira da atuação do profissional e uma absorção dos valores e diretrizes da instituição à qual está inserido.

A iniciativa privada (representada pelas OSS e como modelo de gestão de trabalho) segundo Paim (2009) pode participar do SUS de forma complementar por meio de contratos com o Estado, porém os serviços atuam como públicos. Dessa forma, há o entendimento que os referenciais técnicos são transpostos para os equipamentos geridos pelas unidades geridas pelas Organizações Sociais de Saúde, o que, no cotidiano das práticas, nem sempre se confirma.

No âmbito da saúde, de acordo com Shimoguri e Rosa (2017) toda instituição carregará de forma latente ou manifesta um referencial teórico técnico e ético-político que focalizam os modos de assistência, são valores e interesses que se estratificam e podem chegar à uma concentração em um pólo ideológico. Neste sentido, cabe salientar a origem institucional das OSSs, realizado por Morais *et al.* (2018) nas quais, das organizações com contratos vigentes na cidade de São Paulo são: serviço social autônomo ligado a grupos empresariais; entidades sem fins lucrativos de origem religiosas e entidades privadas sem fins lucrativos de apoio à mantenedoras.

Para Shimoguri e Rosa (2017) a associação entre a produção de saúde e o modo capitalista de produção é efetivamente percebido nas relações de assistência de saúde mental. Dentre as diversas associações que os autores pontuam, destaca-se que a grande maioria dos referenciais teóricos-técnicos da reforma psiquiátrica brasileira estão embasadas na reinserção

psicossocial e no mercado de trabalho com o indicador de saúde, no qual o indivíduo adaptado ao meio de produção capitalista e posteriormente consumidor passa a ser um dos objetivos a serem atingidos pela assistência. Fato este que remete à prova do processo seletivo para psicólogo na OSS no qual a uma questão versava sobre qual seria a postura do profissional diante do paciente que procurasse a unidade de saúde com o claro objetivo de afastamento do trabalho. Os autores apontam sobre os efeitos do modo capitalista de produção na assistência à saúde mental e a função dos equipamentos de saúde da demanda social. Retomo neste ponto que a Organização Social de Saúde é, neste contexto, representante da iniciativa privada e carrega valores e interesses ainda mais subordinados ao capitalismo.

No dia a dia do trabalho nas unidades de saúde, o que se verifica é uma desmobilização da proposta de fortalecimento da emancipação e autonomia dos usuários do sistema para um processo de captura de desejo para que este fique a serviço do sistema econômico, o capital. A necessidade de reinclusão do sistema adoecido para a cadeia produtiva de forma rápida e eficiente. Neste sentido abre-se a reflexão também para os profissionais de saúde mental, e no contexto desta pesquisa, nos psicólogos trabalhadores dos serviços de atenção básica sobre sua atuação também capturada pelo discurso contemporâneo da produção e medicalizante. Pensar na importância destes profissionais dentro do SUS nos leva a expandir na proposta de uma atuação que visa apenas aliviar os sintomas produzidos por uma sociedade adoecida (por mais importante e necessária que seja esta função). Porém, ao ficarem delimitados a esta função, esses trabalhadores passam a atuar mais como mecanismos de manutenção da estrutura do que como agentes de transformação desta.

Ao pesquisar sobre a atuação do psicólogo em UBS na cidade de São Paulo, Archanjo e Schraiber (2012) ressaltaram sobre as dificuldades da transição histórica do psicólogo enquanto profissional liberal, com sua produção de serviços independente em consultório particular e o profissional institucional, que produz assistência a partir de equipamentos de saúde pública. A perda de parte da autonomia, a inserção no modelo de trabalho assalariado e a mudança da sua prática para ações sanitárias de promoção e prevenção de saúde são as principais mudanças a serem observadas nessa transição. A clínica precisou ser redesenhada para ser adaptada a novas realidades, e nesse contexto tensões e contradições emergiram nesse caminho desconhecido. O descompasso entre a formação do psicólogo e as necessidades que se impõem na atuação dentro da saúde pública também foram identificados nos estudos de Goya e Raserá (2008). O desconhecimento sobre o SUS; a maior identificação do psicólogo como profissional da saúde mental do que como profissional da saúde; a transposição de práticas e intervenções do modelo do consultório particular para o atendimento nas UBSs e

uma prática despolitizada e não implicada com as questões sociais também foram apontados como aspectos prevalentes na atuação do psicólogo nas pesquisas em unidades básicas de saúde (BOARINI, 1996; LIMA, 2005). Nesses estudos, a atuação do psicólogo nas UBSs foi analisada apenas no contexto das representações das suas práticas. As intersecções institucionais que possam exercer impactos nessas práticas, como no caso das Organizações Sociais de Saúde, são analisadas apenas tangencialmente ou não consideradas, nesse sentido este projeto de pesquisa se propõe a refletir de forma ampliada sobre este fenômeno.

O modelo individualista que é muitas vezes somente transportado para a atuação do psicólogo nos equipamentos públicos tem como consequência, de acordo com Dimenstein (1998) conflitos entre as concepções entre saúde e doença, dificuldades na atuação com a população atendida, baixa eficácia das intervenções terapêuticas propostas; alto índice de abandono dos tratamentos e psicologização de problemas sociais. Estes desafios, chamados pela autora como “mal-estares” tem relação conforme refletido neste capítulo, inicialmente com a formação profissional do psicólogo, na qual “prioriza praticamente um único modelo de atendimento, o qual é direcionado aos padrões de classe média” (DIMENSTEIN, 1998, p. 74) e quando transposto para a população atendida nas unidades de saúde, tem geralmente um resultado inadequado.

Para Safatle, Silva Junior e Dunker (2020), o ideário neoliberal como modelo econômico não apenas transformou as relações sociais, políticas e econômicas, mas também tem afetado de forma significativa a vida psíquica dos indivíduos na sociedade brasileira. O autor argumenta que, o neoliberalismo promove uma cultura do individualismo, da competição e do desempenho constante, que gera como consequência, o sofrimento psíquico generalizado na sociedade. Além disso, o autor reflete que as políticas neoliberais de austeridade e redução de investimentos em serviços públicos já discutidas no Cap. 1 desta pesquisa, têm acrescentado um componente importante de pressão sobre os indivíduos.

Sobre as relações entre as implicações do neoliberalismo sobre a subjetividade e a formação do psicólogo, os valores relacionados à competitividade, eficiência e a individualidade interferem na formação dos profissionais de psicologia. A formação em psicologia tem sido marcada por uma ênfase na técnica, no desempenho individual e no empreendedorismo.

O que se mantém ao longo das últimas décadas ainda é um campo que mantém limitações frente às complexas demandas sanitárias da sociedade. Se verifica uma dificuldade na própria manutenção de uma postura crítica diante das tensões entre OSS e SUS, na medida em que o profissional, enquanto sujeito do grupo, carrega parte da herança face à sua posição

enquanto psicólogo, com ideais, valores, crenças que o precedem no contexto da formação e identidade profissional. Toda uma categoria de normas, regulamentações, ideários que atravessam o SUS, as OSS e o próprio fazer psi se entrecruzam na posição do psicólogo enquanto sujeito da instituição/grupo.

CAPÍTULO 4 – TRANSMISSÃO PSÍQUICA E ALIANÇAS INCONSCIENTES NO ESPAÇO INSTITUCIONAL

Como parte da trajetória da sistematização dos conceitos que formam o arcabouço teórico desta pesquisa, este capítulo apresenta a discussão sobre o conceito de intersubjetividade, alianças inconscientes e transmissão psíquica no espaço institucional. A compreensão dos valores simbólicos institucionais proporcionará uma compreensão abrangente da maneira pela qual os sistemas das instituições do SUS e das Organizações Sociais de Saúde, examinadas nesta pesquisa, influenciam a atuação do psicólogo.

Utilizando os referenciais de autores como José Bleger, René Kaës e Eugene Enriquez entre outros, foi possível identificar a forma como as configurações institucionais e grupais mobilizam questões inconscientes em nível intra e intersubjetivo. As instituições são formações da sociedade e da cultura e acompanham uma lógica própria que tem como característica básica a oposição àquilo que é estabelecido pela natureza. Refere-se ao conjunto das formas de estruturas sociais que foram instituídas pela lei e pelo costume. Por esse motivo, determinam a constituição de vínculos entre os sujeitos. (KAËS, 1991).

Bleger (1995) aponta que o sujeito encontra nas instituições um suporte, um elemento de segurança, de identidade, inserção social e pertencimento. A instituição passa a fazer parte da *personalidade* do indivíduo atribuindo-lhe valores, significados distintos às suas já constituídas. Quanto mais integrada a personalidade, menos dependente do suporte da instituição, e caso contrário, mais dependente será.

A obra de Kaës (1991) nos direciona para a reflexão da instituição como objeto de estudo, na qual seu ponto fundamental está na transmissão e sustentação da vida psíquica inconsciente e particularmente, nas relações intersubjetivas que tecem o sujeito e a instituição, mediado pelo grupo. Os autores René Kaës e José Bleger propuseram em suas obras novos olhares para as definições do termo instituição, sendo que Bleger (1991, p. 48) a define como “um conjunto de normas, regras e das atividades agrupadas em torno de valores e das funções sociais”. O autor pontua sobre uma disposição hierárquica das funções que geralmente ocorrem no interior de uma área delimitada quando conceitua o termo organização. Em 2014, Kaës retoma a questão da instituição quando conceitua sobre as alianças inconscientes nos processos intersubjetivos. Sob este aspecto, afirma que uma instituição é um grupo que pode levar a seu termo os efeitos instituintes das alianças.

“Todas as instituições se fundam e se mantêm sobre a base de um conjunto de alianças que garantem a realização de sua tarefa primária (assistência,

formação, produção, garantir a distribuição de bens, ou de serviços etc), os meios para a realização desta, o regime de investimentos e de reconhecimento do narcisismo de seus membros, mas também de suas qualidades objetais (especialmente sua competência). As alianças estão, por isso mesmo, implicadas nos procedimentos de recrutamento, de formação e exclusão. (KAËS, 2014, p.174)

Nas instituições, alianças se manifestam sob a forma do contrato narcísico institucional, de renúncia à satisfação imediata dos objetivos pulsionais relacionados à realização da tarefa primária e interditos estruturantes, além disso, no contexto institucional, se apresentam também como alianças ofensivas necessárias à realização da tarefa. (KAËS, 2014)

“As instituições garantem por outro lado, as funções autodefensivas para se protegerem enquanto grupo ou conjunto, e metadefensivas para fornecer um apoio aos mecanismos defensivos de seus membros. Essas funções são sustentadas por alianças cujas as formas vão desde o pacto denegativo à negação em comum; elas assumem dimensões patológicas e alienantes cujos efeitos manifestam-se no momento de crises institucionais , e muitas vezes nesse contexto que temos acesso à elas , e que é possível conhecê-las e tem-se uma chance de desamarar essas alianças.” (p.174)

Em Kaës (1991) é possível destacar a posição do sujeito do vínculo, no qual o ele é parte interessada e parte integrante. O pensar a instituição sob este aspecto diz sobre o conceito de uma instituição que estrutura e sustenta a identidade dos seus membros. Um espaço fora do espaço interno do sujeito, mas que também é parte dele. A relação que o indivíduo mantém com a instituição, segundo o autor, tem caráter de indiferenciação enquanto fundo irredutível que organiza a vida psíquica. A complexidade desta relação vai muito além das relações calcadas sob binômios como interno e externo, parte e todo e etc.

[...] estamos aqui num sistema polinuclear e de encaixes no qual, por exemplo, o continente (grupo) do sujeito é o conteúdo de um meta-continente (a instituição); ou ainda, estamos diante de uma organização do discurso que se determina em redes de sentido interferentes, cada uma organizando de uma maneira própria as insistências do desejo e as ocultações de sua manifestação (KAËS, 1991, p. 3).

A construção de uma representação da instituição passa por um trabalho constante, e se configura como tarefa fundamental para a economia do pensamento da relação do sujeito com a instituição. A função dessa representação é o de inserir um curativo na ferida narcísica, e assim evitar a angústia do caos, justificar e manter os custos identificatórios e preservar as funções dos ideais e ídolos. Os fundamentos narcísicos e objetais da posição de indivíduo engajado na instituição são os objetos parciais idealizados e perseguidores e estão no alicerce

das relações institucionais. A cadeia institucional e suas tramas de vinculação, são unidas pela dependência do indivíduo nas identificações imaginárias e simbólicas.

[...] a instituição também é o espaço extrajetado de uma parte da psique: está ao mesmo tempo dentro e fora, no duplo status psíquico do anexo e do depósito; está na base do processo mas não poderia ser indiferente ao processo em si. É através desses diferentes aspectos que o sujeito é sujeito da instituição e que a instituição consiste numa dupla função psíquica: de estruturação e de receptáculo do indiferenciado (KAËS, 1991, p. 3).

Para Kaës, "o que na relação com a instituição permanece como sofrimento, continua sendo impensado devido ao recalque, à recusa, à reprovação" (KAËS, 1991, p. 1). O indivíduo é engendrado à rede da linguagem da tribo, padecendo com a falta de reconhecimento da singularidade de sua fala.

Os conceitos propostos por Kaës, em destaque o das alianças inconscientes, são importantes no escopo desta pesquisa pois estão na base da constituição do vínculo.

4.1 A PROBLEMÁTICA INTERSUBJETIVA: ALIANÇAS INCONSCIENTES E INSTITUIÇÕES

As relações psíquicas intersubjetivas são objetos de reflexão da psicanálise desde a sua criação. Freud (1921/1996) referiu sobre a existência de um processo psíquico que desse conta das formações grupais, mesmo sem denominá-las de intersubjetivas.

[...] é verdade que a psicologia individual relaciona-se com o homem tomado individualmente e explora os caminhos pelos quais ele busca encontrar satisfação para seus impulsos instintuais; contudo, apenas raramente e sob certas condições excepcionais, a psicologia individual se acha em posição de desprezar as relações desse indivíduo com os outros. Algo mais está invariavelmente envolvido na vida mental do indivíduo, como um modelo, um objeto, um auxiliar, um oponente, de maneira que, desde o começo, a psicologia individual, nesse sentido ampliado, mas inteiramente justificável das palavras, é, ao mesmo tempo, também psicologia social (FREUD, 1921, p. 91).

Na obra de Freud (1921), já é possível encontrar uma preocupação com o funcionamento dos grupos e das instituições. Em 1913, ele associou as funções do ego com as funções das instituições sociais. Na obra Totem e Tabu, conforme pontuou Kaës (1997), pode se inferir que seja uma obra inaugural do pensamento freudiano na contextualização dos grupos, uma vez que apresenta a instauração da lei organizadora da estrutura psíquica e dos vínculos. No assassinato do pai primitivo e repressor pelos irmãos determina a luta de todos contra todos na horda sem pai fazendo surgir a lei organizadora desse grupo, uma lei auto imposta. Neste sentido Freud explicita a instauração consecutiva dos dois primeiros tabus – não matar o animal totêmico, que representa o pai assassinado e não possuir as mulheres do

clã, abrindo precedente para outras renúncias que possibilitaram a vida em sociedade originando todas as normas posteriores, fundando a primeira instituição social e a civilização (KAËS, 1997). A renúncia pulsional se dá no nível do psiquismo singular, mas é suportada por um processo intersubjetivo na qual esse psiquismo singular faz parte em uma composição dialética. A existência social dos tabus pressiona o trabalho psíquico a cada membro da sociedade de acordo com Castanho (2015) impedindo que estes acessem as fontes de satisfação pulsional diretas e exigindo formas de satisfação substitutivas.

A formação do aparelho psíquico tem relação direta com a obediência ao tabu enquanto compensação deste processo. No texto de 1914, “Para introduzir o narcisismo”, Kaës (1997, p. 37) pontua que Freud já indica uma dupla existência do sujeito, sendo uma para o seu próprio narcisismo e outra, na qual simultaneamente “é elo, beneficiário, servidor e herdeiro da cadeia subjetiva da qual ele precede”. Na obra *Psicologia das Massas e Análise do Ego* (1921), Freud afirma que o conceito de identificação diz respeito ao que há de comum entre dois ou mais sujeitos, o que daria condições para os processos de agrupamento e as instituições. Este processo mobiliza em um outro - o abandono dos ideais individuais e o que se coloca no lugar, o ideal de ego de um outro, o objeto ideal comum ligando os membros de um grupo ou de uma instituição nas suas identificações imaginárias compartilhadas.

Para Kaës (1997, p. 18), a esfera do grupo diz respeito à forma e a estrutura simbólicas de uma organização de vínculos intersubjetivos, na perspectiva de que “as relações entre vários sujeitos do inconsciente produzem formações e processos psíquicos específicos”. Toda essa organização intersubjetiva, as funções e mudanças que ali são manifestadas são perceptíveis tanto nos grupos os quais o autor denomina como empíricos e contingentes. Nos grupos empíricos, as organizações intersubjetivas recortam e se organizam sob um pano de fundo mais complexo tal como grupos sociais-históricos, institucionais, familiares e produzem o fundo das figuras intersubjetivas do casal, família, trabalho e etc. “Ela estabelece classificações de acordo com diversas variáveis e distingue suas organizações específicas e seus efeitos de subjetividades próprias” (KAËS, 1997, p. 18) A designação intrasubjetiva determinada por ligações entre seus elementos constitutivos e por atribuições que executa no aparelho psíquico – são os grupos internos. Na dimensão do grupo, que é instituído também é instituinte, e essa dupla função também permeia os processos institucionais, uma vez que estes são postos na regulação das relações do grupo, mas que são fundamentalmente parte da estruturação psíquica do sujeito.

[...] a instituição nos precede, nos determina e nos inscreve em suas malhas e nos seus discursos; mas, com esse pensamento que destrói a ilusão centrada do nosso

narcisismo secundário, descobrimos também que a instituição nos estrutura e que contraímos com ela relações que sustentam a nossa identidade (KAËS, 1991, p. 2).

A quarta ferida narcísica, que retira o homem de sua posição central no espaço, na espécie de concepção de si mesmo. A constatação de que o psiquismo não tem fronteiras que se encerram na propriedade privada da singularidade de cada sujeito, mas que parte do inconsciente que compõem a sua identidade estão localizados nas instituições que em uma relação dialética, apoia e recebe apoio para sua manutenção (KAËS, 1991).

No conceito da intersubjetividade proposto por Kaës (2002), a instituição pode ser concebida como uma formação da sociedade e da cultura, como um pano de fundo da vida psíquica em que são depositadas e contidas partes do psiquismo que escapam à realidade psíquica. A regulação psíquica do sujeito depende da mobilização de investimentos, representações e identificações dele ao conjunto social. Para Gaillard (2014, p. 19) a instituição pode ser pensada como um espaço de articulação entre o sujeito e o espaço social e também garante “a estruturação, o ordenamento e a perenização de um grupo social, e que constituem a própria condição desta estruturação”.

As alianças inconscientes compõem e produzem o aparelho psíquico grupal e são um elemento chave na teoria de Kaës, fundamental para a compreensão do percurso entre as *dimensões* intrapsíquica e a intersubjetiva, presentes nas configurações vinculares.

Conforme discutido por Fernandes (2022b), o conceito das alianças inconscientes busca a compreensão da realidade psíquica inconsciente, ao considerar que na formação dos vínculos familiares, de casais, de grupos ou de instituições, elas são a base para o estabelecimento do vínculo.

O objetivo das alianças inconscientes é tanto assegurar os investimentos vitais pela manutenção da relação e da existência de seus membros - elas exigem então, uma reciprocidade e uma comunidade de investimentos narcísicos e objetivos - como constituir uma reciprocidade e uma comunidade de mecanismos de defesa para lidar com as diversas modalidades do negativo na vida psíquica individual e coletiva. A maior parte das alianças é estabelecida com o objetivo de lidar com essa questão (KAËS, 2014, p. 43).

As alianças são fontes de matéria dos vínculos intersubjetivos e consistência da realidade psíquica do vínculo. O conceito de alianças inconscientes explica a forma com que as alianças internas e as alianças nas relações são intrincadas, fazem-se e mantêm-se inconscientes os sujeitos vinculados nessa aliança. Estas necessitam de uma realidade comum e partilhada, sendo basilares na constituição do sujeito do inconsciente. São acordos inconscientes definidos entre vários sujeitos: pactos narcísicos, pactos denegativos, entre outras modalidades desses contratos são manifestações dessas alianças. De acordo com

Fernandes, dentre as funções dessas alianças desdobram-se processos, funções e estruturas das quais os sujeitos "retiram um benefício tal que, a ligação que os mantém juntos tomar para a vida psíquica um valor decisivo" (KAËS, 1993, p. 125 apud FERNANDES, 2005).

Descrever o processo de formação das alianças inconscientes não pode ser apartado da concepção do processo de recalçamento, pois estas estão a serviço da função recalçante e para além dele, simultaneamente uma função de duplo recalque na medida em que o recalque não se dá apenas nos conteúdos inconscientes mas sobre a própria aliança. "Dessa forma, elas estão a serviço de uma *função recalçadora/recalçante* e constituem, também, medidas de um *sobre-recalque*, uma espécie de duplicação do recalque, à medida que se manifestam não somente sobre os conteúdos inconscientes, mas sobre a própria aliança" (FERNANDES, 2022a, p. 269).

O objetivo é manter o recalque no âmbito intersubjetivo para a preservação do vínculo entre os sujeitos e a manutenção da posição inconsciente de cada um nesse vínculo (KAËS, 1997). Assim como em todo contrato, as alianças inconscientes demandam alguma carga de renúncia, uma negociação sobre o que fica de fora e o que é inserido no vínculo. Esta afirmação identifica a centralidade do negativo na constituição das alianças inconscientes. O autor apresenta os principais tipos de aliança: as alianças estruturantes primárias, as alianças estruturantes secundárias, as alianças inconscientes meta-defensivas e as alianças ofensivas (KAËS, 2014). Conforme salienta Castanho (2018), a natureza do negativo, como já descrito anteriormente, perpassa por todos os tipos de alianças. Dentro dessas categorias de alianças, os tipos de alianças estruturantes, são assim chamadas devido às suas funções de *reunir, diferenciar, agenciar*, produzir matéria psíquica e a realidade psíquica decorrente de um efeito duplo: no espaço psíquico do sujeito e no espaço de seus vínculos. A aliança na qual o sujeito é investido narcisicamente ao nascer, o inscreve como membro daquele grupo nas diferentes dimensões da realidade, como a familiar, social e cultural. Sendo assim, ele carrega os ideais daquele grupo e conforme afirma Kaës, implica no contrato narcísico, elemento central neste tipo de aliança.

Segundo Fernandes (2022) Kaës diferencia e descreve quatro tipos de alianças Inconscientes: as estruturantes, as defensivas ou pactos denegativos, as alienantes, patogênicas e patológicas e as ofensivas. *As alianças estruturantes* (primárias e secundárias) reagrupam aquelas cujos efeitos são estruturantes para os sujeitos dessas alianças e para os vínculos que tecem entre eles como, por exemplo, as fundadas sobre os interditos fundamentais ou o contrato narcísico. *As alianças defensivas* formam um segundo conjunto

constituído pelos pactos denegativos. Sua finalidade é essencialmente defensiva. Como derivação destas, descreve as *alianças alienantes* e patogênicas que formam um terceiro conjunto de alianças, tais como os pactos perversos e os pactos narcísicos. O quarto grupo de alianças descreve as *alianças ofensivas*: elas selam o acordo de um grupo para “conduzir um ataque, realizar um projeto ou exercer uma supremacia.” (KAËS, 2015, p. 201 apud FERNANDES, 2022)

O pacto denegativo aparece como uma contraface e o complemento do contrato narcísico. Ele apresenta duas polaridades: uma é organizadora do vínculo e do conjunto trans-subjetivo, a outra é defensiva. De fato, cada conjunto particular organiza-se positivamente sobre investimentos mútuos, sobre identificações comuns, sobre uma comunidade de ideais e crenças, sobre um contrato narcísico, sobre modalidades toleráveis de realizações de desejos [...]; cada conjunto organiza-se também negativamente sobre uma comunidade de renúncias e sacrifícios, sobre extinções, rejeições e recalques, sobre um deixar de lado e sobre restos (KAËS, 1993, p. 274 apud FERNANDES, 2005, p. 131).

Os pactos denegativos são estabelecidos entre casais, nas famílias, nos grupos e nas instituições pelas pactuações inconscientes de sujeitos. Seus efeitos se “manifestam nas repetições e nos sintomas compartilhados, nos objetos bizarros ou enigmáticos, nos acting out” (KAËS, 2014, p. 118).

A importância da compreensão das alianças inconscientes para o contexto das instituições perpassa toda a teoria das alianças e da intersubjetividade da obra de Kaës, pois “a instituição é um grupo que pode levar a seu termo os efeitos instituintes das alianças”. As alianças inconscientes, de acordo com Kaës (1997, p. 169), dizem respeito à “construção psíquica comum dos membros de um grupo para constituir um grupo”. Elas produzem efeitos além dos sujeitos, das circunstâncias, sendo a via de transmissão da vida psíquica entre as gerações e entre os sujeitos contemporâneos de um grupo. A partir deste pressuposto, Kaës (2011) propõe a noção de que um sujeito não existe sem o outro, e sem o vínculo que os une e os contém. As alianças inconscientes demandam obrigações do sujeito frente ao grupo, ao mesmo tempo em que lhe conferem benefícios. A satisfação derivada delas pode ser observada através do custo psíquico que confere ao sujeito.

O reconhecimento dos processos subjetivos nos processos institucionais perpassa pela relação do sujeito do inconsciente, que como identificado em Freud (1913; 1914; 1921, republicados em 1996) se forma a partir de uma cadeia complexa de identificações (inicialmente pelos genitores, irmãos e outras pessoas do convívio familiar) cindido pela renúncia da satisfação imediata de suas pulsões sexuais e agressivas, em um intercâmbio simbólico pela segurança da vida no coletivo. A partir destes processos, precedidos pela

elaboração do Complexo de Édipo, inscrevem o sujeito na cultura por meio da linguagem e regulada por pactos compartilhados nos âmbitos intersubjetivos e intergeracionais.

A instituição exige uma conjunção constante entre diversos tipos de alianças inconscientes (KAËS, 2014, p. 173). Há de se diferenciar o fato de que para além de ser o espaço de uma realidade psíquica singular, a instituição apresenta muitas outras dimensões, dentre as quais a composição política e econômica na organização como coletivo. “Ela realiza funções e estabelece delimitações ordenadas para sua tarefa primária; ela desenvolve processos de diferenciação, de hierarquização e de transmissão de tarefas e funções” (KAËS, 2014, p. 173). Neste sentido, Bleger (1984) refere sobre a dualidade dos objetivos e conteúdo das instituições: implícitos e explícitos; manifestos e latentes. De acordo com Castanho (2018), à medida que a instituição é uma formação social e da cultura, abre-se um leque para diferentes abordagens que configuram os diversos aspectos do contexto institucional. Na obra de Kaës, a compreensão da realidade das instituições por meio da psicanálise terá como objeto a realidade psíquica na vida institucional, em especial a particularidade dessa realidade no tocante aos vínculos institucionais compostos pelas alianças inconscientes. O autor refere-se à pluralidade de dimensões que atravessam os vínculos institucionais, embora estas não sejam em si, objetos de investigação da psicanálise, mas há de se reconhecer a sua presença. Há, segundo Kaës (1991), diversos níveis lógicos dentro da instituição funcionando em espaços que se comunicam e se interferem simultaneamente, produzindo efeitos no nível do sujeito singular e no grupo. Sob esse aspecto há uma tendência à uma homogeneidade ilusória dessas ordens lógicas, que encobre a natureza conflitante que elas possuem.

A reflexão sobre os sujeitos na instituição, convoca o pensar sobre os desafios que as instituições impõem na medida em que estas submetem o psiquismo a suportar certa experiência de objeto parcial, em que uma parte da subjetividade não será pertencente somente à ordem intrapsíquica; existirá algo que permanecerá num eixo do indecifrável, em uma espécie de enigma, pois o indivíduo é precedido pelo confronto “com a violência da origem e com a imago do Ancestral fundador” (KAËS, 1991, p. 1). Dentro deste lugar do primitivo, a instituição constitui realidades que se localizam num eixo do irrepresentável. Desse modo se apresenta de fato, o trabalho psíquico nas relações institucionais. Para além de organizar a rede de vínculos para a manutenção das identificações e evitar os extremos de angústia, o trabalho psíquico de reparar a perda de uma parte de si, de uma subjetividade que está fora do sujeito e ancorada na instituição se faz fundamental para a compreensão desta dimensão de análise.

[...] somos confrontados não apenas com a dificuldade de pensar aquilo que, por um lado, nos pensa e nos fala: a instituição nos precede, nos determina e nos inscreve nas suas malhas e nos seus discursos; mas, com esse pensamento que destrói a ilusão centrada do nosso narcisismo secundário, descobrimos também que a instituição nos estrutura e que contraímos com ela relações que sustentam a nossa identidade (KAËS, 1991, p. 2).

No capítulo “O trabalho de morte nas instituições”, Enriquez (1991) postula que as instituições terapêuticas, assim como a igreja, a escola, a família, o Estado são instituições que se diferenciam das demais organizações, tais como empresas, indústrias, etc. de forma que a o processo de nascer e morrer dessas últimas não trazem consequências importantes no tecido social, muitas vezes estas se delimitam na esfera econômica. Segundo o autor, há uma matriz específica que regula a forma com que socializam os indivíduos que delas compõem para que perpetuem uma conjuntura de regulação social, permitindo a existência sobre a “trama simbólica e imaginária nas quais se inscrevem” (ENRIQUEZ, 1991, p. 53). Em instituições terapêuticas os sistemas de ideais e crenças são colocados em uma trama que envolve a alteridade e a Lei.

As instituições que facultam a entrada do homem num universo de valores são criadoras de normas particulares e de sistemas de referência (mito ou ideologia) que servem como lei organizadora tanto da vida física quanto da vida mental e social dos indivíduos que dela participam. Assim sendo, toda instituição tem vocação para encarnar o bem comum (ENRIQUEZ, 1991, p. 53).

A instituição mobiliza fantasias e projeções que convergem numa ilusão de unificação da instituição para a manutenção desta sobre o inconsciente e o consciente dos membros. Enriquez retoma o conceito freudiano de Eros e Tanatos, quando a ilusão de unificação perpassa pela presença de Eros que une todos os seres com o amor do próximo, homogeneizando a identidade em face à lei comum, incontestada e que englobe o grande todo. Nas instituições nas quais a pulsão de vida de Eros prevalece, não há espaço para questionamentos e a realidade fica pouco comunicativa e interessante. Mesmo no controle das ansiedades diante deste imaginário de unificação ilusório, a instituição não as sustenta, originando paranoias e delírios que farão parte da instituição enquanto representantes da presença de Tanatos, parte destrutiva sem inscrição na instituição.

Quando as transformações impostas pela contemporaneidade e ainda mais intensificadas dentro do contexto do capitalismo com suas demandas de lucratividade e produção, Pinel (2011) reflete sobre os impactos dessas mutações sobre os modelos de funcionamento institucionais, sobretudo no plano das instituições cuidadoras.

Esses procedimentos contribuem para atacar o pensamento e desqualificar o trabalho clínico, para desencadear movimentos violentos de atração-repulsão, que tendem a gerar abandono de pensamento, uma submissão a esse objeto brilhante e duro constituído, assim como uma figura de onipotência. A análise desses movimentos ambíguos - e singularmente dos conchavos inconscientes que participam na fixação dos processos de pensamento - permite um deslocamento, um desligamento parcial (PINEL, 2011, p. 35).

De acordo com o autor, apoiado nos conceitos propostos por Kães, a elaboração dessas angústias fomenta processos de reconhecimento mais alienantes e distanciados e que podem ser potencialmente desimbolizantes.

4.2 A TRANSMISSÃO PSÍQUICA NA INSTITUIÇÃO

Para Fernandes (2022a) a transmissão psíquica proposta na teoria kaesiana diz respeito ao atravessamento temporal das alianças inconscientes, no sentido de que, as alianças não se compõem em nível essencialmente sincrônico, ou seja, aquelas que contraímos com nossos contemporâneos. Há as alianças diacrônicas, que “são contratadas por nós e sem nós, antes de nosso nascimento; nós as herdamos e, como tal, são um processo principal da transmissão psíquica dos movimentos de vida e de morte entre as gerações” (KAËS, 2015, apud FERNANDES, 2022a, p. 200).

O conceito de transmissão psíquica refere-se a um recurso teórico de grande valia a ser investigado no âmbito da clínica psicanalítica. O conceito de transmissão transgeracional vem sendo estudado nos últimos 30 anos com maior interesse pelos psicanalistas em virtude da crise nas diversas facetas do viver em sociedade que impõe inquietações e sofrimentos à vida psíquica (KÄES, 2005). O autor aponta sobre o espaço intersubjetivo como sendo o lócus que dará conta das complexidades referentes às questões mobilizadas pela questão da transmissão psíquica.

Em uma perspectiva histórica, o conceito de transmissão psíquica nasce simultaneamente com a própria psicanálise, de acordo com interesse de Freud pela questão da transmissão das neuroses pela via biológica e pela via social. O chamado *ubertragung* nos textos de Freud conceituam a transmissão como termo que vai no sentido da concepção de transferência na psicanálise, como um importante e complexo trabalho psíquico da subjetividade (CORRÊA, 2003). O sentido de tradução também é contemplado neste trabalho psíquico, uma vez que a transmissão também é a “retradução e transformação de uma geração a outra das diversas configurações de objetos psíquicos que constituem a pré-história do sujeito” (CORRÊA, 2003, p. 36).

Para Kães (2005), as proposições de Freud sobre o conceito de transmissão são efetivamente marcadas por um pensamento evolucionista e com o foco no indivíduo singular. As duas grandes guerras mundiais e as transformações dos dispositivos psicanalíticos pensados a partir das novas configurações do sofrimento psíquico e suas patologias, fomentaram novos constructos a respeito do que se transmite e transfere do espaço psíquico de um sujeito para outro e no espaço intersubjetivo concebido nesses vínculos.

Aquilo que se transmite são essencialmente configurações de objetos psíquicos, isto é, objetos munidos de seus vínculos com aqueles que precedem cada sujeito. Aquilo que se transmite e se constitui a pré-história do sujeito, não é apenas o que sustenta e garante, pelo positivo, as continuidades narcísicas e objetais, a manutenção dos vínculos intersubjetivos, as formas e os processos de conservação e complexidade da vida: ideais, mecanismos de defesa neuróticos, identificações, pensamentos de certeza. Um aspecto notável dessas configurações de objetos de transmissão é que elas são marcadas pelo negativo. Aqui que se transmite é aquilo que não pôde ser contido, retido, aquilo que não é lembrado, aquilo que não encontra inscrição na psique dos pais e vem depositar-se ou enquistar-se na psique de uma criança: a falta, a doença, o crime, os objetos desaparecidos, sem traço, nem memória; para os quais o trabalho de luto não pôde ser realizado (KAËS, 2005, p. 129).

Quando reflete sobre os sintomas grupais emergentes no contexto institucional, Nicolle e Kães (2011) reforçam que estes, os sintomas, podem ser advindos de heranças e transmissões problemáticas e até mesmo destruidoras que atuam na gênese do que se chama de crise institucional. Para o autor, é importante neste aspecto, levar em consideração a temporalidade grupal experimentada na instituição que, a partir das invariantes antropológicas aprendidas pelo sujeito, se desdobram em fantasmas ou como mitos carregados via transmissão. A atividade fantasmática é abrigada na instituição, regendo-se no entorno do mito originário do romance familiar de cada um dos indivíduos membros da instituição. A mística institucional, por meio de movimentos de idealização e de demonização maciços, são os objetos de investimento narcísico do grupo, ou o que Kães nomeou como contrato narcísico grupal.

4.3. O PSICÓLOGO NO CONTEXTO INSTITUCIONAL: ELO E HERDEIRO ENTRE O TERCEIRO SETOR E O SUS

Conforme Kaës postulou no texto de 1991, "Realidade psíquica e sofrimento nas instituições" e, para além de uma formação social e da cultura, a instituição também realiza funções psíquicas múltiplas para os sujeitos singulares. Neste sentido, o autor retoma este aspecto conceituando que a instituição produz uma realidade psíquica conforme o modelo do aparelho psíquico grupal enquanto metapsicologia dos conjuntos intersubjetivos do grupo. Quando se questiona sobre a realidade psíquica produzida pela instituição e o modelo do

aparelho psíquico grupal, o autor questiona sobre as complexidades pertencentes a estas dimensões (KAËS, 2002). Compreendendo que a instituição reúne e entrelaça diversas formações que se diferenciam em suas lógicas, como esferas sociais, culturais, políticas, econômicas que se influenciam mutuamente. Neste caso, a instituição é o lugar de uma relação biface: do sujeito singular com a instituição e do agrupamento de sujeitos que se vinculam pela e na instituição.

Por isso, toda emergência psíquica possui a priori um valor de sintoma significativo para o conjunto institucional. É possível que os problemas políticos na instituição se expressem no registro do sintoma psíquico. É precisamente um trabalho psíquico que os conjuntos heterogêneos, dotados de espaços comuns, realizam com um fim de reduzir o heterogêneo em favor do homogêneo. Sustentando o princípio da causa única e a função do Ideal, reduzindo a distância e a dissonância cognitiva; privilegiando os funcionamentos metonímicos, restaurando a desordem da heterotopia ao espaço uniforme da utopia (KAËS, 2002, p. 20).

A articulação vínculo e instituição como entendimento na formação e na atuação de psicólogos é evidenciado na abordagem dos desafios do próprio campo institucional. Sendo assim, conforme Colosio e Fernandes (2014), são os sujeitos que reproduzem e legitimam os jogos de força e poder presentes nas instituições. Esse processo de legitimação ocorre dentro da realidade psíquica grupal, na repetição silenciosa dos protocolos formais e informais da instituição. O psicólogo, dentro da instituição SUS, está inserido na instituição que tem como âmbito de ação, a promoção e prevenção de saúde. A instituição, em sua base, vai se constituir *na* e *pela* relação com o público atendido, entre as equipes de atendimento e as demais redes institucionais na ação com outras instituições, como por exemplo, a rede de assistência social e de cultura.

CAPÍTULO 5 – RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

As análises do material coletado foram realizadas por meio da audição e transcrição das entrevistas. Finalizada esta etapa, o material foi lido com o objetivo de identificar os conteúdos psíquicos emergentes relacionados a representações acerca da atuação do psicólogo no contexto de sua inserção em UBS geridas por OSS e os conteúdos intersubjetivos estabelecidos no vínculo pesquisador e entrevistados. Por meio dos emergentes, é possível construir hipóteses sobre as concepções da atuação enquanto psicólogos(as) que circulam e ocupam lugares no campo institucional e suas vicissitudes. Foram elencados, a partir dessa etapa, eixos de análises que evidenciam os aspectos significativos dos discursos dos entrevistados, como estratégia metodológica. Os psicólogos foram denominados como P1, P2, P3 e P4, conforme a ordem de realização das entrevistas.

A respeito da atuação na UBS e aos papéis desempenhados dentro da equipe, temos:

“Sempre pensei no trabalho do psicólogo na atenção básica...que é um trabalho muito desafiador...acho que sempre tem né, uma lógica de uma demanda...tipo, encaminha pro psicólogo, a pessoa chora a gente já encaminha para o psicólogo, né? E acho que um dos nossos papéis aqui é de tentar romper esse modelo mais clínico, tradicional e sempre pensar em novas possibilidades de atuação dentro da atenção básica mesmo. Acho que um dos papéis que a gente tem aqui, acho que é isso, a gente faz parte de uma equipe de saúde mental, tipo...nunca olhar para o trabalho como algo individualizado e focado naquele especialista, mas como profissional que compõe essa equipe, que compõe uma equipe maior e que olha para o indivíduo, que olha para o ser humano. Então, como é que a gente consegue trabalhar e atuar pensando nesse cuidado integral desse indivíduo assim...tentando sair dessa lógica de olhar por partes, tipo, tá chorando agora a gente encaminha para isso, isso a gente encaminha cá, pra aquilo a gente encaminha pra aquele lugar. Dentro da atenção básica eu penso que é nosso maior desafio, que é de como que a gente consegue trabalhar com essa equipe mais ampliada né, de ampliar um pouco esse olhar mesmo, pro que vem se apresentando nesse contexto como um todo.” (P1)

A visão da equipe chamada de “equipe de saúde mental” como um quadro de profissionais desligados da “equipe da UBS” retrata a manutenção do modelo biomédico no interior das equipes. No trecho a seguir, o entrevistado ressalta a angústia relacionada à constatação de que, o grupo multidisciplinar no qual está inserido, permanece isolado dos processos de trabalho da unidade de saúde.

“O meu receio sempre é, a minha angústia sempre foi de que a gente conseguisse aqui fazer parte da unidade e não fosse uma equipe destacada, a equipe de saúde mental, acho que essa é uma angústia que eu ainda carrego...acho que aí entra de novo o contexto da pandemia, eu tinha esse receio que isso acontecesse...e não acontece, pelo menos de forma clara. Essa é a questão que foi cuidada nesse tempo

todo, não teve condição ainda não teve espaço para que a gente se aproximasse e tomasse pé das diferenças. Acho que isso tudo está tamponado e que pode mesmo aparecer mais pra frente, mas por conta do contexto atual está encoberto.” (P1)

O psicólogo P1 mostra a colisão entre o que a equipe espera de sua atuação como psicólogo na unidade e a demanda por atendimento psicológico. No trecho da entrevista acima, também fica evidenciada a idealização do lugar ocupado pelo psicólogo, do profissional que tem a responsabilidade de levar a equipe para a vanguarda das abordagens terapêuticas (no caso, a clínica ampliada). Neste lugar de heroísmo, diferencia-se dos demais integrantes da equipe, em especial a do profissional médico, que mantém, histórica e socialmente, lugar hierárquico superior dentre os demais profissionais da equipe.

“[...] vai muito nesse modelo de contratação e como o profissional vai enxergando esse espaço, principalmente na área médica, porque o profissional vai enxergando aqui como um lugar para fazer dinheiro para fazer uma residência depois, por exemplo. Então, tem muito profissional recém formado que fica uns dois anos e passado esse período, guarda dinheiro e vai para a residência, e vai fazer outras coisas. Não são profissionais que vêm muitas vezes pautados pensando naquele trabalho, na atenção básica, na saúde pública. E eu acho que esse modelo de contrato da OSS facilita muito a entrada desses profissionais né, com outros objetivos para além de atuar na atenção básica.” (P1)

A atuação do psicólogo, vista tradicionalmente como sinônimo de psicoterapia pela UBS e a necessidade de promoção de uma clínica ampliada e integral são parte dos desafios elencados pelos entrevistados. Aspectos relacionados ao apagamento dos conflitos relacionados à transposição do modelo da clínica individual para a atuação na saúde pública também foram manifestadas, conforme o trecho a seguir:

“Nesse momento eu não consigo diferenciar tanto da minha prática por exemplo, clínica. Não existe um distanciamento da minha prática clínica, a não ser pela periodicidade, os atendimentos são muito mais espaçados... aqui eu percebo que os atendimentos são mais quantitativos do que qualitativos, né. Até porque não tem tanto espaço pra troca com outros profissionais também, tem ali o espaço dos matriciamentos, mas você percebe que nem sempre funciona. Nos matriciamentos aqui da unidade, por exemplo, os médicos não conseguem participar porque estão muito engessados na agenda, preocupados com o volume de atendimento, com as metas de atendimento, o que acaba fugindo de uma perspectiva de um atendimento realmente qualitativo. De olhar para aquela pessoa de uma maneira fragmentada, de uma forma que a gente pudesse integrar esse cuidado. A ideia é que na saúde mental fosse dessa forma, mas algo que nem sempre acontece exatamente por conta dessa perspectiva, de atendimento, de volume de atendimento. Preocupação é sempre com números.” (P4)

No trecho acima, a ideia da mera transposição do modelo da clínica individual para o atendimento na saúde pública ainda é um fato no contexto da atuação do psicólogo na UBS. A contradição de atendimentos quantitativos ao invés de qualitativos fica encoberta pelos desafios instituintes do próprio atuar na saúde pública.

A compartimentalização do cuidado diz respeito à fragmentação da concepção de sujeito, uma vez que não leva em consideração os perfis epidemiológicos do território, não consegue visualizar quem procura a UBS e quais são suas demandas. Como resultado, as intervenções são estabelecidas de forma que é atendido quem chega primeiro, excluindo os indivíduos que mais precisam. Nas falas dos psicólogos surge a ideia da UBS como um espaço de disputa de poder entre os diversos campos da saúde e das formas de abordagem ao usuário da UBS.

“a gente tem dois modelos aqui, um modelo de estratégia (ESF) e o modelo tradicional juntos...de alguma forma isso... é muito mais concreto mesmo porque o formato é feito muito dessa forma né...então a pessoa vem em busca desse tipo de atendimento, então ela é colocada dentro daquele formato, de tipo...passar com...eu quero passar com aquele especialista. Ela já vem com essas necessidades, tanto com especialistas que nem tem na atenção básica, ela chega dessa forma e no modelo tradicional da forma como ele é constituído acaba reforçando pouco esse lugar né: eu quero passar com o clínico, quero passar com o pediatra, quero passar com psiquiatra...e elas acabam sendo vistas por partes também. Então dentro do próprio modelo a gente acaba reforçando um pouco esse padrão o que na estratégia a gente tenta não fazer quando a gente está pensando na estratégia (ESF), o que às vezes a acaba você reforçando na estratégia por esse modelo, mas eu penso que dos grandes reforçadores desse padrão é próprio modelo de cuidado... é funcionamento mostra uma lógica mais ambulatorial mesmo então tudo isso tende a reforçar esses modelos na minha concepção pensando em saúde coletiva atenção pouquinho para não um olhar para o indivíduo, eu acho que ele não acaba não atendendo as demandas do território.” (P1)

O não refletir no dia a dia profissional sobre a marcação das duas instituições consideradas como fusionadas, paralisam o pensamento quando ocorre essa marcação no discurso da pesquisadora - o que evoca, para o psicólogo entrevistado, até mesmo dificuldades em nomear as dimensões institucionais das duas esferas.

“[...] a gente vivencia essas questões né quanto muitas vezes esse modelo da OSS, que é o modelo por CLT, que é outro tipo de contrato...são coisas que..muitas vezes..Nossa, eu me perdi..sobre o que é a OSS né...(Risos)

Pesquisadora: Sim, acho que é por aí, você quer falar sobre o que é a OSS?

P1: Sim, são organizações que acabam entrando numa lacuna de pensar e organizar os serviços que foram sucateados ao longo do tempo. Então foram serviços que vieram com essa finalidade, com essa função, acho que algumas, algumas com muita boa vontade e honestidade e outras a gente vê relatos aí de desvios, disso, daquilo...Eu acho que foram vistos e que de alguma forma acabaram entrando dentro de um modelo que foi sucateado, sabe assim...de cuidado, que competia ao município, ao Estado muitas vezes...” (P1)

Na retomada do conceito de pacto negativo desenvolvido por Kaës, Fernandes (2022a) discute-o como a contraface o complemento do contrato narcísico postulado por Piera Aulagnier; e que tem como finalidade organizar e manter o vínculo do grupo que o contém.

Para esta função, pactuam-se acordos inconscientes que excluem um determinado conteúdo do vínculo; por serem ameaçadores, eles devem ser recalçados, abolidos ou apagados.

Em outros casos, a noção da OSS como empresa e as possibilidades de colisão entre os valores institucionais de cada organização aparece nos relatos de forma mais estruturada.

“Ah eu imagino que talvez...tô aqui imaginando não sei se é assim mesmo...mas eu imagino que quando você é da direta você tem mais autonomia pra gerir assim o trabalho, não sei, tô imaginando isso... do que quando vc é de uma OSS, porque a OSS é assim..uma empresa né? Quando você trabalha por uma OSS você está submetido às leis e ideologia dessa empresa...e lógico que dá pra rebater, pra pensar junto, pra construir junto né? Acho que tem essa abertura, mas pensando aqui na direta acho que tem essa autonomia, não fica tão submetido, acho que você tem mais liberdade pro trabalho, tem mais responsabilidade porque você também você fica mais, assim conta mais com você mesmo, não está ligado a uma empresa, acho que tem essa diferença, mas como eu não tive essa experiência como uma funcionária pública, eu sempre, eu tenho uma experiência grande nessa OSS e eu sempre tive assim...tem pessoas que trabalham em outras OSS que se sentem mais coagidas e pressionadas por produtividade né? Eu não sinto isso, isso não é algo que eu sinto.” (P3)

Para os entrevistados, a questão das agendas de demanda espontânea e reprimida, das metas relacionadas ao contrato de gestão que cada OSS precisa atingir para assegurar o repasse das verbas para a saúde, configuram-se como fontes de angústia para estes profissionais.

“[...] eu penso muito nesse modelo de metas ligadas a essa questão financeira mesmo assim. Tipo aquela meta precisa ser cumprida senão o dinheiro não vem, e não é pelo fator da meta em si...acho que a meta pode ser um norteador em algum momento, mas muitas vezes por essa pressão dessa questão financeira está associada a isso para a permanência daquela OSS naquele território eu acho que isso acaba descaracterizando um pouco essa atuação de um modo geral assim. A preocupação de ter que cumprir aquilo por causa do dinheiro faz com que a gente não olhe para o que é importante do porque precisa ser realizado aquele trabalho, do que pode ser feito de forma coletiva, né.” (P1)

“[...] o território aqui é muito amplo, né? Tem aproximadamente 180 mil habitantes, na verdade precisaria ter mais de uma UBS, assim como mais equipes de saúde mental. Na equipe somos eu, uma assistente social, uma T.O. e duas psiquiatras, uma nesse momento está afastada. É desafiador trabalhar com a prática de terapia individual, é resolutivo...é resolutivo, mas por conta da demanda às vezes tem alguns embates aí que acabam dificultando o trabalho, mas é desafiador. No começo eu tinha menos espaçamento, eu conseguia marcar retornos com menos tempo, agora a demanda é muito alta. E inclusive não somos nós quem determinamos a periodicidade desses retornos, então você autoriza lá eles marcarem o retorno, como você já sabe como esta agenda, que ele não vai conseguir marcar no curto prazo, mesmo que você coloque após quinze dias, após um mês, é via regulação que eles vão fazer esse agendamento de retorno, então a gente não tem tanta flexibilidade nesse sentido.” (P4)

Os sentimentos de angústia e impotência diante da grande quantidade de atendimentos, da falta de autonomia e da perda da capacidade de planejamento do próprio trabalho, como

assinaladas, são as características do trabalho alienado, distante de um espaço de trabalho em que o posicionamento crítico sobre sua atividade e processos laborais possam ser fortalecidos.

Os entrevistados vivem situações distintas no que se refere a contextos institucionais, sejam relacionados à infraestrutura, como no caso da UBS que, na ocasião, estava funcionando como Pronto Socorro devido à reforma do PS do território. Em outra UBS, a equipe de saúde mental que estava alocada no CAPS devido à reforma da unidade e, sendo assim a UBS que passaram a operar com duas OSS no mesmo equipamento de saúde.

Nas entrevistas, os psicólogos (as) relataram sobre as dificuldades no intercâmbio e diálogo geradas pela manutenção de duas e até três organizações alocadas no mesmo espaço; ainda que com os mesmos objetivos manifestos da atenção à saúde. Especificamente sobre essa problemática, seguem as falas sobre os processos de transição (administração direta para OSS) e suas repercussões:

“Toda essa transição...Não dá pra dizer...dá pra dizer que foi tranquila dentro do possível acho que o pessoal que tava aqui, assim, vinha num processo de desgaste enorme, por todas aquelas questões: sucateamento do serviço, não houve um diálogo muito claro com eles, então, quando a OSS chegou. Até então o discurso era: não vai acontecer né... vai se manter na direta, a perspectiva é que a gente siga nessa forma, nesse modelo e...quando da noite pro dia a OSS entrou.
[...] Teve um processo por parte da OSS de trabalhar essa integração, então eles propuseram algumas atividades, foi até bem bacana, mas não dá conta de aliviar as tensões que existiam e existem ainda hoje, né?” (P2)

A relação de perspectivas, da parte e do todo se faz importante no que diz respeito à possibilidade de conflitos que podem vir a ser escamoteados a partir dos diversos níveis de estratificação da instituição, “um conflito de um nível acusa outro” (BLEGER, 1966/1999, p. 77 apud CASTANHO, 2018). Neste sentido, as falas abaixo, representam este aspecto no sentido de que, os conflitos decorrentes das diferentes instituições no mesmo nível de assistência são vistos apenas como parte do trabalho.

“Em alguns momentos eu até conversava com a equipe de uma angústia, do que a gente poderia fazer por essas pessoas, né , a gente ia tomar um cafezinho e sentia a angústia das pessoas que estavam aqui, mais a angústia das pessoas que estavam chegando, que são também trabalhadores do SUS né? E não tem muito a ver com todas essas questões, mas acaba existindo certa resistência em relação a eles, por serem funcionários de uma OSS e a gente ficava pensando, o que é que a gente faz aqui, o que a equipe poderia fazer aqui . Só que tinha uma demanda batendo na nossa porta, num território muito grande e que temos que dar conta mesmo sendo uma equipe mínima de saúde mental, ou seja, a gente não dá conta, uma população enorme, somos referência para outros dois territórios que não tem equipe de saúde mental, então a gente precisou trabalhar do jeito que era possível mesmo né... também pensar como tudo isso afetava a gente também, porque somos trabalhadores da unidade também, estamos juntos nesse processo. Da minha parte eu sentia um certo receio porque eu pensava como é que seria isso? Uma OSS assumiu a unidade, junto com funcionários públicos e junto com uma outra OSS. Minha preocupação era...como essa integração aconteceria. No dia a dia, no trabalho cotidiano, as coisas

acontecem, não do jeito que deveriam acontecer, tem muitos problemas né. Mas a coisa foi se dando com acolhimento e com diálogo, dentro do possível, com coisas que precisam melhorar, sempre tem...mas foi um pouco mais tranquilo do que eu esperava. Eu estava esperando uma coisa muito mais difícil, mas aí entra o contexto da pandemia, esse processo de integração ficou suspenso, não aconteceu ainda.” (P2)

No relato acima, também se evidencia um campo nebuloso no qual o termo “trabalhadores do SUS” é homogeneizado, formando um bloco único de profissionais.

A partir do conceito das alianças inconscientes proposto por Kaës (2014) é possível compreender o que é colocado em jogo para a manutenção das alianças entre a equipe “antiga” da UBS e a nova configuração iniciada com a entrada de mais uma OSS para a gestão da unidade. No relato de P2, os sujeitos da aliança, no caso da UBS, pactuaram com os que chegavam para manter inconscientes os conflitos inerentes ao fato da entrada de uma *equipe estrangeira* em um serviço que se encontrava em situação vulnerável em estrutura e gestão. Pode-se pensar que, sob processos de identificações narcísicas sustentadas por negação e clivagem.

“Eu sinto que tem uma divisão importante na unidade, não estou falando de OSS, tou falando de setores mesmo, tipo saúde mental pra cá, saúde clínica pra lá, enfermagem, recepção...não tem uma unidade.” (P2)

No contexto da UBS na qual P2 trabalha, a unidade enfrentava um momento desafiador devido à falta de infraestrutura e de profissionais; passou a ser hostilizada pela população e os profissionais ficaram ainda mais sobrecarregados. Foram propostas algumas intervenções por parte da supervisão de saúde e, posteriormente, a solução apresentada foi a inserção da OSS na gestão da unidade.

“[...] eram funcionários de mais de 20 anos de unidade, que conhecem o território muito bem, conhecem a unidade, viveram muita coisa aqui. (...) O olhar que eu tinha quando eu cheguei era que os funcionários estavam muito adoecidos, eles não davam mais conta de receber isso, estavam muito reativos mesmo, por conta de ter apanhado durante muito tempo e por melhor que eles fizessem trabalho deles e de fato é impressionante o quanto esse pessoal trabalha e se dedica, mas não era só um ano, coisa de meses, eram muitos anos de se sentirem largados mesmo...então...não tinha pessoal para ficar na recepção não tinha pessoal para puxar prontuário.” (P2)

“[...] Era muito básico, muito anterior a essa proposta...não era só o: vamos escutar, vamos tentar conversar, vamos trabalhar em equipe. Porque o jeito que foi sendo respondido...isso parecia que tinha...sei lá...que era simplesmente uma dificuldade de relacionamento da equipe, né...que a equipe não era unida, não trabalha em conjunto...nossa, mais unidos do que eles eram, acho que impossível...só que eles estavam exaustos...não tinham pessoas para trabalhar, não tinham recursos. Não era uma questão de equipe, era muito, era isso que eles vinham tentando falar, mas as respostas que vinham eram: vamos fazer uma rodinha de conversa ali...um grupo de cuidado aqui. Os profissionais que vieram, super cuidadosos, chegaram se aproximaram de uma forma muito respeitosa, procuraram levar essas demandas pra

cima né, mas assim...ficava pelo caminho mesmo, a resposta que eles queriam não iria acontecer e quando veio, veio assim, nesse choque (da mudança para OSS - grifo da pesquisadora)” (P2)

Diante desse relato, retoma-se a *posição ideológica* enquanto configuração da relação da equipe, a atenção à saúde enquanto crença da coesão imaginária do conjunto dos sujeitos da aliança. O que foi mantido fora para a manutenção do pacto, expressa a violência e destruição institucional da história pregressa, como um apagamento do que foi vivenciado.

Há de se retomar neste ponto o conceito da instituição que possui uma realidade psíquica específica e que organiza e estabelece delimitações ordenadas para a sua tarefa primária, no caso da UBS, a assistência à saúde. Kaës (1991) no texto sobre o sofrimento associado aos entraves para a realização da tarefa primária destaca as instituições de tratamento, na qual tem como tarefa primária o tratar, o que apesar de alicerçar a instituição, pode ser suplantada por outras tarefas complementares. Essas tarefas podem inclusive entrar em contradição com a própria tarefa primária da instituição a ponto de inverter o seu sentido. Nesse ponto, é importante salientar a questão das OSS pois seus dispositivos de gestão vão, segundo os entrevistados, se interpondo à tarefa primária; ou, conforme descrito por Kaës (1991), promovendo um afastamento que é tolerado pela lei institucional fundamental. Seguem as falas nesse sentido.

“A gente aqui, quando a gente chega aqui na unidade, pela OSS a gente também tinha metas e a gente tinha que cumprir aquelas metas para que a verba viesse...né...e com algumas discussões, pensando um pouquinho nessa questão do trabalho, essas metas...elas caem para gente..assim...né..sai desse contrato de gestão as metas para os psicólogos. Mas para alguns outros profissionais essas metas elas ainda existem, então por exemplo na consulta de pré-natal, a gestante precisa ter sete consultas de pré-natal, essa é a meta... e muitas vezes a gente percebe que os profissionais estão focados nas sete consultas de pré natal, porque tem que cumprir a meta mas não do objetivo sabe da importância de ter até consulta, de qualificar aquelas sete consultas. Então esse modelo da meta e isso envolve essa questão financeira das OSS, eu acho que impacta na unidade como um todo.” (P1)

“[...] Agora eu penso muito nesse modelo de metas ligadas a essa questão financeira mesmo assim. Tipo aquela meta precisa ser cumprida senão o dinheiro não vem, e não é pelo fator da meta em si...acho que a meta pode ser um norteador em algum momento, mas muitas vezes por essa pressão dessa questão financeira está associada a isso para a permanência daquela OSS naquele território eu acho que isso acaba descaracterizando um pouco essa atuação de um modo geral assim. A preocupação de ter que cumprir aquilo por causa do dinheiro faz com que a gente não olhe para o que é importante do porque precisa ser realizado aquele trabalho, do que pode ser feito de forma coletiva, né. Acho que mais nesse sentido assim.” (P1)

Para Pinel (2011), quando descreve sobre a crise de transmissão e mutação nas instituições cuidadoras ressalta sobre a crise profunda que atravessa esses serviços a partir do embate com as mutações e pressões externas, da contemporaneidade. Segundo o autor, o

capitalismo tardio, que cada vez exige maior rentabilidade econômica e precariza os processos de trabalho impõe modelos de funcionamento sob urgência e de eficácia imediata que desqualifica o trabalho clínico “para desencadear movimentos violentos de atração-repulsão, que tendem a gerar um abandono de pensamento, uma submissão a esse objeto brilhante e duro constituído, assim, como uma figura de onipotência” (PINEL, 2011, p. 34). Há um processo do não olhar para a ambiguidade desses processos, ainda que, conforme as falas dos entrevistados, há alguma crítica diante desses processos relacionados a metas e à burocratização do trabalho em si, porém como também foi dito:

“só consigo pensar no trabalho que eu estou desempenhando aqui, em como eu tô atendendo meus pacientes porque a demanda é tão grande, são tantas solicitações, é tanta coisa pra dar conta [...] às vezes tem coisa que eu acho que eu não parei pra olhar.” (P2)

“Quando eu comecei a trabalhar, mesmo sendo em uma OSS, eu entendia que era no SUS. Acho que a OSS, ela...nossa..fiquei pensando sobre a OSS...eu nunca parei para pensar sobre isso...por quê (pausa) quando vim para a saúde pública né..eu vim para trabalhar na saúde pública, enfim...a gente entra mediado pela organização social, a gente vivencia essas questões né quanto muitas vezes esse modelo da OSS, que é o modelo por CLT, que é outro tipo de contrato.” (P1)

“[...] interferência (*da OSS no trabalho*) sempre vai ter ainda mais por existirem OSS diferentes eu não sei até que ponto conflitua, ou até que ponto tem engajamento, ou se existe uma mesma perspectiva. Qual é o olhar de saúde, que entra muito no que você falou, na missão e valores...política, na verdade, que são muitas vezes distintas ou não. Mas nunca cheguei a pensar sobre isso, é a primeira vez que coloco essa indagação, nunca pensei como isso pode impactar na minha atuação.” (P4)

A dificuldade na formação de novos laços que sustentem o grupo na situação observada na UBS 2 na qual a urgência na demanda da epidemia da COVID-19 somados ao desmantelamento da equipe fundadora da unidade e novo grupo instituído da nova OSS na gestão da unidade.

Uma ruptura na estrutura institucional a qual impede a elaboração de angústias primitivas, depressivas ou persecutórias e que tem como consequência modos de relação mais distanciados e efeitos alienantes, sem possibilidade de simbolização.

Pinel (2011) afirma que esses contextos propiciam que defesas narcísicas rejeitem a historicidade institucional para privilegiar elementos do aqui agora, num funcionamento mais reativo e imediatista. Esse caminho está relacionado à questão da história da instituição e seus mitos. De um lado, o mito de um coletivo fundador da UBS que sucumbiu à violência enquanto processo institucional como nascimento da nova gestão, que precisava fundar-se sobre a decomposição daquilo que a precedeu, conforme postula Enriquez (1991) quando

teoriza sobre o trabalho de morte nas instituições e a violência fundadora. De outro lado, o mito da equipe nova, que chega para reparar os erros da equipe e superar os membros anteriores. Esse ponto fica mais evidente na entrevista com a UBS 3, que passou pelo processo semelhante à UBS 2 (de existência de duas OSS e a administração direta no mesmo equipamento).

“[...] agora tá saindo gente e entrando um pessoal bem jovem para trabalhar, com outro ritmo, outro funcionamento, uma modernidade, traz um outro funcionamento, mais agilidade, um maior tempo de funcionamento da unidade, porque a unidade tinha um tempo total de funcionamento menor porque não tinha tanto funcionário assim, a comunidade reclamava bastante. Então agora tem um número de funcionários maior e os da direta foram alocados para outros lugares, quase todos saíram.” (P3)

Quando se reflete sobre mitos, os conjuntos simbólicos institucionais, a coexistência de duas OSS numa mesma UBS deixa mais evidente as complexas dimensões quanto ao próprio direcionamento da assistência à saúde presentes no imaginário grupal na qual o psicólogo se faz porta-voz na entrevista.

“[...] a OSS que eu trabalho, ela trabalha só com saúde mental, a outra ela trabalha com saúde...assim com enfermagem, com pediatra, com clínico, então é uma gama maior, então tem uma necessidade outra que é de produtividade...então é um RH completamente diferente do nosso e as vezes isso se choca porque é uma forma de ver o trabalho diferente, uma condução do trabalho diferente, uma condução de olhar...os resultados, a produtividade, o número de atendidos, a cobrança, é um jeito diferente de trabalhar...então, é...tem essa complexidade aí...” (P3)

Retomamos aqui, a reflexão que Castanho (2018) aponta sobre os processos adaptativos e o conhecimento da realidade histórica da instituição quando a proposta é pensar na origem da instituição.

“[...] na verdade eu comecei numa UBS, eu acho que há mais ou menos uns quatorze anos atrás, foi quando essa OSS estava contratando pessoas pra implementar a saúde mental na básica em Parelheiros. Então eu, uma TO e uma assistente social formamos uma equipe de implantação da saúde mental na unidade básica de Parelheiros, e daí a gente fez o projeto junto com a UBS Campinas também. Então eram quatro equipes de três pra implantação de saúde mental no extremo sul né, e com a OS... na mesma OS né.” (P3)

No caso de P3, quando nos conta sobre trabalhar há muito tempo na OSS atual e ter participado da inserção da saúde mental no território vizinho remete às transformações que são inerentes ao passar do tempo e aos ajustes complexos do vínculo institucional que são demandados para a equipe, diante da mudança de dirigentes, programas, etc. Quando pensamos nas alianças inconscientes que possam entrar em jogo diante de cenários que se

transformam tão profundamente quanto da realidade das UBS, como o próprio autor, exemplifica:

Desde o processo de redemocratização do nosso país temos visto uma mudança significativa das políticas públicas no que concerne às concepções sobre a saúde, assistência social e educação, entre outras áreas. A partir do momento que estas concepções se tornam oficiais, elas retroagem sobre o restante do sistema - e destacamos aqui o seu impacto sobre os estabelecimentos específicos como uma Unidade Básica de Saúde [...] essas mudanças só serão possíveis se houver mudanças nas alianças inconscientes, o que implicará reajustes intrapsíquicos como mencionamos há pouco (CASTANHO, 2018, p. 134).

O que se pressupõe como adaptação às mudanças ao longo da história institucional, como a que P3 vivenciou, está ligado a uma série de dissonâncias, elementos dos mais diferentes tempos históricos que coexistem na organização e que muitas vezes se contradizem, mas que se mantêm sem tensão manifesta, envolvendo as alianças inconscientes e a manutenção destes contratos. O fato da OSS na qual trabalha, fazer a gestão das equipes de saúde mental, exclui, ela própria, de que ambas são instituições sob os mesmos referenciais gerenciais, pautadas por metas e contratos de gestão já discutidas neste texto.

Nas entrevistas, a questão da interferência da instituição OSS em suas práticas não aparecem como contradições, mas expressa de diferentes perspectivas, seja na cobrança das metas, ou como contraponto ao “modelo sucateado” da administração direta.

Pesquisadora: E aí você acha que especificamente na tua atuação, você acha que tem interferência na sua atuação o fato da UBS ser gerida por uma OSS? Quando você fala sobre esse círculo de quebra de vínculo na equipe, no caso dos médicos, de ter sempre precisar reconstruir o processo de entendimento sobre o que é o trabalho do psicólogo você vai entendendo esse processo como algo desse modelo de gestão?

“Não sei se interferências diretas, não me vem agora na cabeça, mas interferências indiretas, não sei se eu conseguiria descrever nesse momento. Agora eu penso muito nesse modelo de metas ligadas a essa questão financeira mesmo assim. Tipo aquela meta precisa ser cumprida senão o dinheiro não vem, e não é pelo fator da meta em si...acho que a meta pode ser um norteador em algum momento, mas muitas vezes por essa pressão dessa questão financeira está associada a isso para a permanência daquela OSS naquele território eu acho que isso acaba descaracterizando um pouco essa atuação de um modo geral assim. A preocupação de ter que cumprir aquilo por causa do dinheiro faz com que a gente não olhe para o que é importante do porque precisa ser realizado aquele trabalho, do que pode ser feito de forma coletiva, né. Acho que mais nesse sentido assim.” (P1)

Em outro trecho, P1 refere sobre uma dimensão do fantasmático, do que não é dito na relação institucional, mas que possui algum registro no seu imaginário.

“Eu acho que o modelo da OSS inclusive ele vem engessado com algumas questões...é...mais burocráticas e financeiras que eu nem sei muito bem por onde elas passam, mas eu acho que chegam com alguns modelos do tipo: tem que cumprir

tantas consultas disso, tanto daquilo porque envolve verba né. se você não cumpre aquelas atividades a verba não vem...então às vezes tem todo um trabalho que é pautado nisso...como um todo.” (P1)

O que é da ordem do burocrático e financeiro na forma de políticas e ideologia como descreve P2.

“Eu acho que por fazer parte de uma OSS, há interesses políticos, eu acho que o fato de estarmos sob administração de uma OSS tem a ver com um programa político, questões ideológicas, tudo isso...então, é como eu disse, eu acho que eu não olho pra isso, mas se eu olhar eu vou estar o tempo todo atravessado por essas questões.” (P2)

“É que é assim, são grupos de ação, de interlocução, nós somos os técnicos. Tem a parte da supervisão, da coordenação...tem a parte que é da prefeitura, tem a parte que é da supervisão da OSS...mas eu entendo que elas não se excluem. Isso que eu acho interessante, acho que dos anos que eu trabalhei, acho que é uma ideia de que se trabalhe junto, de que ambos os lados são ouvidos e que é um trabalho em conjunto. Não entendo que tenha algo que um seja distante do outro, acho que nem se consegue fazer isso...mas são várias esferas né, vários níveis de trabalho. A gente que tá aqui embaixo a recebe assim, não que a gente não tenha voz, mas que a gente percebe essas esferas, em reuniões, em decisões, determinações...tem um campo bem político aí, né?” (P3)

As questões da hierarquia estão presentes no relato acima, na qual P3 refere o que compreende que seria o ideal entre as esferas institucionais (supervisão, coordenação e técnicos) e reconhece e identifica pontos que atribui como “campo bem político”.

Por fim, retomo a entrevista de P2 novamente, na qual ele discorre sobre possíveis interferências da instituição OSS sobre sua prática profissional:

“Eu não sei te responder se nos meus atendimentos, na minha prática cotidiana isso influencia diretamente. Eu me sinto até demais né, eu tenho autonomia até demais aqui para trabalhar, fazer o que eu sou pago pra fazer, sou o único psicólogo aqui, então assim, eu tenho essa autonomia pra fazer, então eu não percebo se tem ou não essa diferença, ou eu não olhei muito pra isso e se eu olhar, tenha ruídos, tenha diferenças, eu acho que vai atravessando de alguma forma, essas questões.” (P2)

O trecho acima, no qual escolhi para finalizar a análise das entrevistas desta pesquisa, é simbólico no que diz respeito ao pacto denegativo, de acordo com Fernandes (2022b), retomando a obra de René Kaës: o conceito de pacto denegativo foi elaborado como a contraface e complemento do contrato narcísico, com a finalidade de descrever a tópica do vínculo intersubjetivo. O pacto denegativo é composto por duas polaridades: uma organizadora do vínculo e do conjunto e outra defensiva. Cada conjunto particular organiza-se positivamente sobre investimentos mútuos, identificações comuns, uma comunidade de ideais e crenças, um contrato narcísico e modalidades toleráveis de realizações de desejos, e negativamente sobre renúncias, sacrifícios, extinções, rejeições e recalques.

O pacto é resultado do trabalho de produção do inconsciente necessário à formação e manutenção do vínculo intersubjetivo que exclui conteúdos considerados ameaçadores ao próprio vínculo. Sob esta perspectiva, a fala de P2 sinaliza que, ao “parar para pensar” sobre as interferências das OSS no seu cotidiano de trabalho, se dá sobre o que é estrangeiro “naquilo que marca sua diferença e seu desconhecimento [...] nas marcas psíquicas (a serem apagadas), na memória (desfeita), nos ideais (inatingíveis)” (FERNANDES, 2005, p. 139).

A análise das entrevistas evidencia que, a pergunta a ser respondida pelos entrevistados não seria mais “se” suas práticas sofrem impacto dentro da dimensão institucional das OSS na atenção básica, mas talvez, “porquê” suas práticas seguem alinhadas com os pressupostos pertencentes às instituições oriundas do contexto neoliberal.

CAPÍTULO 6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sistema único de saúde brasileiro, o SUS, foi implementado a partir de lutas e disputas desde a década de 70 com a participação de movimentos sociais, sindicatos, acadêmicos, trabalhadores da saúde e usuários. O momento histórico da criação do SUS era de profundas transformações sociais e econômicas no Brasil e no mundo. A consolidação dos princípios do SUS nos anos 1980 foi marcada pelo debate político em meio à crise econômica e à redemocratização. No entanto, nos anos 1990, a implementação desses princípios gerou tensões em um momento em que a concepção de Estado mínimo proposta pelo neoliberalismo, restringia a ação do Estado na regulação da vida social. A adoção de políticas de abertura da economia, privatização de empresas estatais e redução do tamanho e das capacidades do Estado, em decorrência da onda conservadora de reformas no plano político, econômico e social dos países, repercutiu fortemente no Brasil, criando um cenário estrutural de crise para o SUS (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

A importância de estudar o SUS enquanto sistema de saúde é fundamental para compreender as estruturas em seus aspectos vulneráveis e potentes, no foco de promoção de saúde, da garantia de acesso aos serviços para a população e do cuidar e aliviar o sofrimento dos usuários do sistema. O financiamento do SUS, assim como suas relações com o setor privado, são exemplos de dispositivos que podem interferir na qualidade da assistência fornecida aos usuários. (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Na década de 1980, foi implantada uma agenda neoliberal que tinha por objetivo estabilizar as economias e intervir nas políticas sociais. A disseminação das ideias neoliberais gerou menor confiança na capacidade de gerenciamento do Estado e fortaleceu a crença em soluções de mercado. Conforme Santos e Vieira (2018), as reformas realizadas foram mais de natureza gerencial e introduziram mecanismos do mercado no setor público, o que afetou os arranjos público-privados e aumentou a crença no setor privado como alternativa às dificuldades encontradas no setor público. No entanto, essas mudanças não levaram somente à perda de direitos à proteção social, mas também interferiram nas novas gramáticas da assistência à saúde. Dentre esses novos arranjos, as OSS podem ser consideradas como um expoente do chamado “terceiro setor”. Na reflexão sobre a função do terceiro setor dentro do capitalismo, pode-se considerar que ela é a própria fusão do público com o privado, como esfera inerente à própria acumulação de capital e novas formas de enfrentamento da questão social.

Para Bonfim (2010) a partir da nova fase do capitalismo, chamada de capitalismo monopolista, as expressões da questão social passam a ser objeto da ação do Estado. Com o enxugamento do Estado, em conformidade com o ideário neoliberal, há uma espécie de colisão inicial de objetivos (Estado responsável pelas sequelas da questão social, porém, precisa ter seu papel minimizado para garantir o desenvolvimento econômico do país). Como resposta a este embate, há uma incorporação do *ethos* individualista do ideário neoliberal para dentro das políticas sociais. Em suma, o que se observa é o redimensionamento da responsabilidade pelo enfrentamento dos ditos “problemas sociais”, ao próprio indivíduo. Para Montañó (2010), o que antes cabia à sociedade como um todo, agora é responsabilidade individual dos sujeitos afetados pela "questão social". O princípio de solidariedade universal deu lugar à solidariedade individual em nível micro, e o papel que antes cabia ao Estado agora é desempenhado localmente. O que era considerado um direito agora se torna uma atividade voluntária, fortuita e filantrópica, e deixa de ser um direito inerente ao cidadão. Das perspectivas citadas acima, é necessário contextualizar as Organizações Sociais de Saúde dentro de um cenário mais amplo que envolve disputas político-econômicas e ameaças à proteção social. A transferência de atividades relacionadas à saúde pública para organizações sem fins lucrativos do terceiro setor, como nas OSS, não é apenas uma questão de organização administrativa, mas uma decisão política que ocorre em um contexto capitalista.

Na articulação dos conceitos do terceiro setor e das OSS com o ideário neoliberal compreende-se, para Gerschman (2004), que a adoção das OSS na saúde pública, pode ser entendida como uma estratégia neoliberal, na qual o Estado transfere a gestão de serviços públicos para entidades privadas, reduzindo a sua responsabilidade e intervenção na área.

O neoliberalismo, como uma corrente ideológica e política que defende a redução do papel do Estado na economia e a liberalização do mercado, tem influenciado a atuação dos psicólogos em diversas áreas, como na saúde, na educação e no trabalho. Segundo Sawaia (2007), a lógica neoliberal tem se manifestado em políticas públicas que buscam reduzir gastos e aumentar a eficiência, muitas vezes por meio da privatização de serviços públicos, como é o caso das OSS.

A atuação do psicólogo, dentro do contexto da saúde, pode sofrer impactos por políticas neoliberais que buscam reduzir o orçamento público destinado à assistência à saúde, o que pode levar à precarização do trabalho e à diminuição da oferta de serviços de qualidade à população. Além disso, a privatização dos serviços de saúde por meio das OSS pode resultar em um modelo de gestão que prioriza a eficiência e a produtividade em detrimento da humanização do atendimento e do cuidado com o paciente (TRAVAGIN, 2017).

Para além da dimensão social e econômica há uma dimensão no ideário neoliberal que impõe uma nova engenharia social e gestão do sofrimento psíquico (SAFATLE; SILVA JUNIOR; DUNKER, 2020). Os autores refletem sobre o sujeito neoliberal como parte de uma complexa engenharia social engendrada pelo neoliberalismo que impõe novas formas de nomear e interpretar o sofrimento psíquico. O neoliberalismo compreende o sofrimento como algo a ser gerenciado e controlado, em detrimento de ser compreendido em sua origem multicausal. Os autores afirmam que o neoliberalismo considera o sofrimento como uma questão individual, ocasionado por falhas na adaptação do indivíduo às demandas do mercado. Nesse sentido, o sofrimento psíquico é tratado como um problema de saúde mental que precisa ser solucionado principalmente por meio do desenvolvimento da resiliência individual, do empreendedorismo e da capacidade de se adaptar a mudanças constantes. A própria compreensão sobre os modelos e classificações diagnósticas é transformada a partir da gramática da subjetividade forjada pelo ideário neoliberal.

[...] a depressão, a personalidade borderline, o transtorno bipolar, assim como os transtornos funcionais (do sono, da alimentação, da sexualidade) e o pânico tomaram o lugar das neuroses como normalopatia compulsória. Novas narrativas de sofrimento emergem com visibilidade social, mas sobretudo individualizando ao extremo o sofrimento psicológico, bem como psicologizando o fracasso laboral, afetivo e discursivo como um problema de moralidade individualizada. É nessa capacidade de se retroalimentar e gerenciar os efeitos de seus próprios fracassos que se localiza a maior força do neoliberalismo (SAFATLE; SILVA JUNIOR; DUNKER, 2020, p. 238).

Os impactos sobre as formas de subjetividade do modelo neoliberal também são observados na própria formação dos cursos superiores, e dentre eles, a graduação em psicologia (RIVERO, 2011). O autor argumenta que o neoliberalismo como forma de governo é movido por uma racionalidade econômica que redefine políticas e setores anteriormente considerados não econômicos, convertendo-os em produtos, serviços e mercadorias. Como exemplo, a educação superior. Sobre a formação do psicólogo, o autor reforça sobre os desafios pertinentes ao processo de formar profissionais conscientes criticamente sobre as novas formas de subjetividade advindas da contemporaneidade.

No caso da psicologia, a formação dirigida especialmente à prática clínica privatista nas primeiras décadas, se por um lado aproximava o objeto de estudo e trabalho da perspectiva do indivíduo – importante configuração subjetiva neoliberal-, por outro lado a psicologização da realidade e isolamento do profissional, negligenciava características necessárias ao mercado como a capacidade empreendedora, criativa, a descoberta de novos produtos e consumidores ou até mesmo capacidade de administração financeira da sua prática profissional.²⁷ A formação tem dificuldades muitas vezes de tomar o profissional da psicologia como um trabalhador, um empregado ou mesmo um empresário (RIVERO, 2011, p. 99).

A formação do profissional psicólogo tem sido foco de inúmeros estudos, com constantes revisões para que esta se aproxime da realidade social do país. As complexas exigências da sociedade brasileira têm provocado inúmeras mudanças na força de transmissão dos conhecimentos sobre a área psi. De acordo com Rechtman e Bock (2019), ao ser submetida, desde a sua criação, a uma concepção epistemológica positivista, a Psicologia assumiu, de modo hegemônico, um projeto que se pretendeu neutro, e objetivo. Neste contexto, a tarefa que se esperava da Psicologia na sua criação enquanto profissão, é psicologizar (no sentido de humanizar) e oferecer resultados, desvelando assim uma determinada, essência ‘do sujeito’. Ao testar e tratar seu objeto de estudo, a Psicologia garantia a adaptação dos indivíduos à sociedade, mas psicologizava fenômenos que são, na verdade, consequência de diversos fatores e, não necessariamente, somente psicológicos. E, ao reduzir sua leitura ao aspecto psicológico, naturalizou o humano, universalizando-o. Essa tradição da psicologia a levou a um percurso histórico de compromisso com interesses da elite, na medida em que era este segmento que tinha hegemonia na produção de conhecimentos e em decisões sobre sua utilização social.

Quando se propõe a analisar os desafios da formação do psicólogo, a tarefa fica ainda mais complexa, quando se aprofunda a análise sobre o papel da psicologia no campo da saúde coletiva. Para Dimenstein e Macedo (2012), a aproximação da Psicologia com o SUS, especialmente com os serviços de atenção primária à saúde e saúde mental, tem proporcionado uma reflexão sobre a realidade de atuação dos psicólogos, que muitas vezes é distante daquela discutida e conhecida durante a formação. A atuação junto a comunidades carentes têm levantado questionamentos sobre as ferramentas de trabalho, o aparato teórico-técnico e a efetividade da atuação dos psicólogos em um campo que demanda intervenções interdisciplinares por meio de equipes multiprofissionais. A reformulação das práticas tradicionais baseadas nos modelos individualistas e balizadas por terapêuticas curativas se faz urgente para o reconhecimento da própria psicologia como disciplina de relevância social e como campo do saber fundamental para efetivação de práticas de promoção de saúde coletiva (RONZANI; RODRIGUES, 2006).

A consolidação da atuação do psicólogo no conceito ampliado de saúde proposto pelo SUS é uma práxis que necessita de reflexão ampliada e interdisciplinar principalmente nos contextos diferenciados de gestão e lógicas de trabalho, como o caso das Organizações Sociais de Saúde. Um debate que promova, para além dos benefícios para o próprio campo da Psicologia da Saúde, o fortalecimento das diretrizes e princípios do SUS garantindo, de fato, à psicologia, seu lugar como profissão de relevância social.

Quando Oliveira *et al.* (2004) discorrem sobre a cultura profissional dos psicólogos na atenção básica, salienta que os profissionais acabam por sucumbir ao que, tradicionalmente, se espera deles, na ausência de inovações teóricas que se apliquem ao setor público. Na atualidade, o que se observa é que, as inovações teóricas existem há pelo menos 30 anos, porém, ainda as graduações de psicologia, não são fomentadas para a *aplicação* no SUS.

Esta pesquisa teve como objetivo compreender se há impactos na atuação do psicólogo que atua em UBS geridas por OSS. Para tanto, alguns caminhos foram percorridos para a aproximação com o objeto da pesquisa. As aproximações entre a proposta de uma profissão ainda com foco na perspectiva individualizante do sofrimento mental e à cultura do individualismo dentro da dimensão do sujeito neoliberal ficaram evidentes no corpo teórico desta pesquisa. Assim como o paralelo existente entre as concepções sobre o terceiro setor como expressão do enfrentamento da questão social dentro do contexto do capitalismo monopolista da contemporaneidade.

Na análise das entrevistas com os quatro psicólogos das UBS pesquisadas, é possível compreender não só os desafios enfrentados no cotidiano de trabalho, como também os diversos momentos das histórias dessas UBS, que acabam por revelar questões vividas no processo de desenvolvimento da atuação do psicólogo na saúde pública. A escolha pelos conceitos propostos pela Psicanálise que pensa o sujeito como sujeito do vínculo e do grupo de René Kaës, entre outros autores, foi decisiva no sentido de aprofundar a compreensão do sujeito psíquico e seus vínculos com as dimensões institucionais. Compreender o conceito das alianças inconscientes se fez necessário no contexto abordado nesta pesquisa pois conduziu ao entendimento das dificuldades dos psicólogos(as), trabalhadores da saúde em relação ao contexto adverso de seu trabalho, ou mesmo ao entendimento da negação das contradições inerentes à sua atuação dentro do SUS. Este fenômeno também é observado entre trabalhadores de saúde de forma mais ampla por Azevedo e Sá (2013) e as autores, chamam de processo de “cegueira” o que estes vivenciam em seus processos de trabalho, ou seja, algo que não pode ser nomeado ou simbolizado no contexto intersubjetivo. A reflexão sobre as diferentes possibilidades de alianças proporciona o conhecimento da dimensão do que emerge da relação do psicólogo enquanto parte de uma equipe de cuidado em saúde e dele enquanto parte de uma categoria profissional atuante no SUS.

A perspectiva da Psicossociologia de Eugène Enriquez, (AZEVEDO; SÁ, 2013) contribui na discussão sobre o papel das organizações (sobretudo nas organizações de saúde) quando refletem sobre as representações destas na vida psíquica dos sujeitos. A psicossociologia é uma ramificação da Psicologia Social que, ancorada na psicanálise, coloca

foco nas relações entre sujeito, grupos e organizações em situações cotidianas. A organização para Enriquez tem características que a fazem dinâmica e simbólica.

[...] é uma realidade viva, na qual os sujeitos vivem seus desejos de afiliação na qual se instala não somente o jogo de poder, mas também o do desejo, apresentando-se como cenário para paixões presididas pelo amor (pelos processos de ligação entre os sujeitos e grupos e de investimento afetivo na organização - processos presididos pela pulsão de vida) e também pela violência, pela destrutividade, pelos processos de desligamento/ruptura presididos pela pulsão de morte (AZEVEDO; SÁ, 2013, p. 38).

Em uma análise psicossociológica, pensar o espaço das unidades de saúde, das UBS é ir além do espaço material, normativo e político, o espaço da organização de saúde é um espaço intersíquico. A forma como este espaço é compartilhado pelos sujeitos em um universo simbólico e imaginário engendra a própria capacidade de responder às demandas da população e suas possibilidades de mudança de suas práticas.

A psicossociologia compreende as relações nas organizações como resultado do envolvimento dos sujeitos e dos grupos, por meio da dimensão do desejo, da pulsão, do afeto, dos processos inconscientes - da dimensão imaginária e simbólica contida nas organizações que transbordam suas dimensões concretas, como as materiais, burocráticas, sociais e políticas. (AZEVEDO; SÁ, 2013)

Quando se refere à prática do psicólogo em instituições de saúde, Spink (2013) destaca a instituição como pano de fundo dessa atuação, compreendendo que o termo instituição pode ser utilizado para designar tanto “sistemas de normas que estruturam um grupo social, regulam sua vida e seu funcionamento quanto para indicar um estabelecimento, uma organização ou associação instituída para a promoção de um determinado objetivo” (SPINK, 2013, p. 132). No processo descrito pela autora como institucionalização, estão localizadas as trocas simbólicas que por meio da transmissão geracional carregam um conjunto de representações do coletivo que vão adquirindo ao longo do tempo status de leis ou normas imutáveis por meio da tradição. Sob este aspecto, é possível observar nos conteúdos emergentes trazidos pelos psicólogos entrevistados, a ideia de uma só instituição (OSS/SUS), como um grande corpo de trabalhadores para demandas cada vez maiores e mais complexas dentro de seus territórios de atuação. Um processo de “apagamento” dos dilemas institucionais que estão postos, movidos pela emergência do “dar conta da demanda”.

Com relação aos fantasmas dos primeiros fundadores explicitados no texto de Enriquez (1991) pode ser observada nas Organizações Sociais de Saúde (OSS) principalmente nas instituições que têm relações com fundações religiosas. Verifica-se, conforme descreve o

autor, a intenção de transformação desses entes fundadores em "polos ideais ou pontos de referência identificatórios" (ENRIQUEZ, 1991, p. 70). Neste sentido, pelo menos duas instituições no município de São Paulo têm como origem e fundação a Igreja Católica e a Igreja Evangélica, carregando representações de benevolência e caridade já descritas no capítulo 2 desta pesquisa. Com relação a esses fantasmas, segundo o autor, a constituição de um mito fundador oculta a realidade presente que, nesse caso, diz respeito à perpetuação de discursos moralizantes e maior aproximação com o ideário gerencial e de mercado proposto pelas parcerias público privadas.

O apagamento do que é instituído, das contradições relacionadas ao SUS e às OSS, na construção do discurso dos psicólogos, é efeito dos pactos denegativos estabelecidos entre os sujeitos/ trabalhadores/ psicólogos. A escolha por: "dar conta das demandas da UBS", tem como função a regulação da economia psíquica grupal, que acaba por escamotear os conflitos da relação entre OSS e SUS. O pacto denegativo deixa de fora o que está no registro do insuportável para os psicólogos que atuam nas UBS, que, nas entrevistas, são pontuadas como dimensão do impensado ou do despercebido. Quando se referem às metas de produção assistenciais, um relato de um dos entrevistados pode resumir os sentidos do que ainda é possível de nomear: "*A preocupação de ter que cumprir aquilo por causa do dinheiro faz com que a gente não olhe para o que é importante do que precisa ser realizado naquele trabalho, do que pode ser feito de forma coletiva (P1).*"

A lógica gerencial que se expressa no atingimento de metas provenientes do contrato de gestão das OSS se reflete enquanto esvaziamento do processo de avaliação sobre o próprio trabalho dos psicólogos, que passa a ser quantitativo e não qualitativo.

O objetivo do processo avaliativo é redefinido e passa a ser 'diminuição do tempo de rotação do ciclo repetitivo do processo de trabalho' na medida em que persegue a produção de metas, aliando-se à lógica de mercado típica de sistema capitalista financeirizado (TESTON *et al.*, 2018, p. 227).

De acordo com Fischborn e Cadoná (2018), os espaços de trabalho em saúde são caracterizados por tensões e contradições para os trabalhadores. Embora sejam inseridos em dinâmicas de democratização das políticas e de ações legalizadas pelas políticas públicas, eles também convivem com a lógica de mercado que prioriza o lucro e precariza as relações de trabalho. Além disso, embora a habilidade de trabalhar em equipe e de realizar um trabalho humanizado sejam prerrogativas básicas dos trabalhadores em saúde, tais exigências se inserem em um contexto de políticas de gestão centradas nos princípios da racionalização e da eficiência, o que incentiva o individualismo e a competição. As dificuldades para a realização

do trabalho tais como: a angústia relacionada ao cumprimento de metas e ao próprio viés produtivista na análise do seu trabalho; o pouco espaço para refletir sobre sua própria atuação em saúde. Outros pontos encontrados foram: falta de espaços para o trabalho interdisciplinar e o distanciamento do que seria compreendido como fortalecimento do SUS.

Diante dos resultados encontrados, torna-se evidente que a inserção dos psicólogos em UBS geridas por OSS implica em importantes desafios, tanto para os profissionais quanto para os usuários do SUS. Na análise das alianças inconscientes reveladas pelas entrevistas, com destaque para o pacto denegativo, verifica-se que as contradições presentes na relação entre os dois sistemas (SUS e Terceiro Setor) ficam encobertas, invisíveis, garantindo a manutenção do vínculo. O pacto retirou de circulação aquilo que ameaçava a manutenção do vínculo de psicólogos entre si e com a instituição.

É necessário, portanto, a reflexão sobre estes temas, de forma que sejam implementadas medidas que considerem estas dimensões e possam garantir uma atuação mais comprometida com a realidade social da população brasileira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMARANTE, P.; NUNES, M. O. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciência coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6 p. 2067-2074, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>. Acesso em: 30 maio 2023.
- ARAÚJO, N. S.; GUIMARÃES, S. J. A Política Social no Capitalismo Contemporâneo e Intersetorialidade: reflexões a partir da política de saúde. *In*: FÁTIMA E SILVA, M. R.; FERREIRA, M. D. M.; GUIMARÃES, S. J. (Orgs.). **Questão social e políticas públicas na atualidade**. Teresina: EDUFPI, 2017.
- ARAÚJO, R. R. Os paradigmas da ciência e suas influências na constituição do sujeito: a intersubjetividade na construção do conhecimento. *In*: CAMARGO, M. R. R. M. (Org.). **Leitura e escrita como espaços autobiográficos de formação**. São Paulo: Cultura Acadêmica, Unesp, 2010.
- ARCHANJO, A. M.; SCHRAIBER, L. B. A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 351-363, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902012000200009>. Acesso em: 25 jun. 2018.
- ARRETCHE, M. A política da política de saúde no Brasil. *In*: LIMA, N. T. **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
- AZEVEDO, C. S.; SÁ, M. C. **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde: abordagens da psicossociologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- BACHUR, J. P. Individualismo, liberalismo e filosofia da história. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, v. 66, p. 167-203, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-64452006000100008>. Acesso em: 30 maio 2023.
- BARCELOS, C. O. G. *et al.* Censo das organizações sociais de saúde brasileiras: levantamento e caracterização. **JBES-Jornal Brasileiro de Economia da Saúde**, v. 14, supl. 1, p. 15-30, 2022. Disponível em: [https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.\(Supl.1\):15-30](https://doi.org/10.21115/JBES.v14.n1.(Supl.1):15-30).
- BARROS, A. C. F.; BERNARDO, M. H. A lógica neoliberal na saúde pública e suas repercussões para a saúde mental de trabalhadores de CAPS. **Revista de Psicologia da UNESP**, v. 16, n. 1, p. 60-74, 2017. Disponível em: <https://revpsico-unesp.org/index.php/revista/article/view/273>. Acesso em: 30 maio 2023.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- BLEGER, J. **Psico-Higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
- BLEGER, J. O grupo como Instituição e o grupo nas instituições. *In*: KAËS, R. *et al.* **A instituição e as Instituições: Estudos psicanalíticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia**. Entrevista e Grupos. São Paulo: Martins Fontes. 1995.

BOARINI, M. L. A formação (necessária) do psicólogo para atuar na saúde pública. **Psicologia em Estudo**, v. 1, n. 1, p. 92-132, 1996.

BOCK, A. M. B. Formação do psicólogo: um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 17, n. 2, p. 37-42, 1997. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98931997000200006>.

BOCK, A. M. B. O compromisso social da Psicologia: contribuições da perspectiva sócio-histórica. **Psicologia em foco**, v. 1, n. 1, p. 1-5, 2008.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>. Acesso em: 24 jul. 2018.

BONFIM, P. A **“cultura do voluntariado” no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

BORGES, F. T. *et al.* **Anatomia da privatização neoliberal do Sistema Único de Saúde: o papel das Organizações Sociais de Saúde**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

BOSCHETTI, I. **Assistência Social e trabalho no capitalismo**. São Paulo: Cortez, 2016.

BOURDIEU, P. **Contrafogos: Táticas para Enfrentar a Invasão Neoliberal**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BRASIL. **Lei nº 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. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm. Acesso em: 30 maio 2023.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma do aparelho do estado e as mudanças constitucionais: síntese & respostas a dúvidas mais comuns**. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. Brasília: MARE, 1997.

BRASIL. **Lei nº 9.637 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 menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Brasília, DF, 1998a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19637.htm. Acesso em: 30 maio 2023.

BRASIL. **Reforma do Estado para cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional**. São Paulo: Editora 34; Brasília: Enap, 1998b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites**. Série B - Textos Básicos de Saúde Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental: 1990-2004**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648 de 28 de março de 2006**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf. Acesso em: 5 jun. 2023.

CALEGARE, M. G. A.; SILVA JUNIOR, N. A “construção” do terceiro setor no Brasil: da questão social à organizacional. **Revista Psicologia Política**, v. 9, n. 17, p. 129-148, 2009. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2009000100009&lng=pt&nrm=iso.

CAMPOS, F. C. B. (Org.) **Psicologia e Saúde: Repensando as práticas**. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 2010.

CAMPOS, F. C. B.; GUARIDO, E. L. O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. *In*: SPINK, M. J. P. **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007, p. 81-103.

CARVALHO, D. B.; YAMAMOTO, O. H. Psicologia e políticas públicas de saúde: anotações para uma análise da experiência brasileira. **Psicologia para a América Latina**, ago. 2002. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2002000100002. Acesso em: 30 maio 2023.

CARVALHO, S. R. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p. 1088–1095, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2004000400024>.

CASTANHO, P. O conceito de alianças inconscientes como fundamento ao trabalho vincular em psicanálise. **Estudos Interdisciplinares em Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 92-112, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5433/2236-6407.2015v6n2p92>. Acesso em: 30 maio 2023.

CASTANHO, P. **Uma introdução psicanalítica ao trabalho com grupos e instituições**. São Paulo: Linear, A-barca, 2018.

CASTEL, R. **Metamorfoses da questão social: Uma crônica do salário**. 12. ed. Petrópolis: Vozes, 2015.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

COELHO, V. S. P.; GREVE, J. As Organizações Sociais de Saúde e o Desempenho do SUS: Um Estudo sobre a Atenção Básica em São Paulo. **Dados**, v. 59, n. 3, p. 867-901, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/00115258201694>. Acesso em: 28 maio 2018.

COLOSIO, R.; FERNANDES, M. I. A. Vínculo e instituição como temas básicos da abordagem psicanalítica na formação e no trabalho do psicólogo em instituições públicas. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 284-293, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420130046>. Acesso em: 30 maio 2023.

CONTREIRAS, H.; MATTA, G. C. Privatização da gestão do sistema municipal de saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 2, p. 285-297, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00015914>. Acesso em: 31 jan. 2021.

CORDEIRO FILHO, A. **O público e o privado na saúde**: o processo de mudança da prestação de serviços de saúde no Brasil num contexto histórico e comparativo - propostas e reflexões para o futuro. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/handle/handle/17564>. Acesso em: 30 maio 2023.

CORREA, O. B. R. Transmissão psíquica entre as gerações. **Psicologia USP**, v. 14, n. 3, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-65642003000300004>. Acesso em: 30 maio 2023.

CRUZ, N. F. O.; GONÇALVES, R. W.; DELGADO, P. G. G. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 18, n. 3, p. e00285117, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>.

CUNHA, J. R. A. **Avanços e retrocessos no direito à saúde no Brasil**: uma esperança equilibrada. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós-graduação em Política Social, Universidade de Brasília, Brasília, 2014. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/16525>. Acesso em: 30 maio 2023.

DIMENSTEIN, M. D. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>. Acesso em: 28 jul. 2018.

DIMENSTEIN, M. D. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v5n1/a06v05n1>. Acesso em: 2 jun. 2018.

DIMENSTEIN, M. D. A Psicologia no Campo da Saúde Mental. In: OLIVEIRA, I. F.; YAMAMOTO, H. O. (Orgs.). **Psicologia e Políticas Sociais**: Temas em Debate. Belém: UFPA, 2014.

DIMENSTEIN, M.; MACEDO, J. P. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. spe, p. 232–245, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>. Acesso em: 10 jun. 2023.

DURIGUETTO, M. L.; SOUZA, A. R.; SILVA, K. N. E. Sociedade civil e movimentos sociais: debate teórico e ação prático-política. **Revista Katálisis**, v. 12, n. 1, p. 13–21, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802009000100003>. Acesso em: 13 maio 2021.

ENRIQUEZ, E. O trabalho de morte nas instituições. In: KAËS, R. (Org.) **A Instituições e As Instituições**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

SCOREL, S. Exclusão social: em busca de uma categoria. In: SCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social** [online]. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999, p. 23-81. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416051.0003>.

SCOREL, S. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à Reforma Sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil** [online]. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012

FERNANDES, R. C. **Privado porém público: o terceiro setor na América Latina**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994.

FERNANDES, M. I. A. Saúde mental: a clausura de um conceito. **Revista USP**, n. 43, p. 90-99, 1999.

FERNANDES, M. I. A. **Negatividade e vínculo: a mestiçagem como ideologia**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2005.

FERNANDES, M. I. A. As Alianças inconscientes: um operador clínico no trabalho com casais e famílias. In: PENACCHI, R.; THORSTENSEN, S. **Psicanálise de Casal e Família: Uma introdução**. São Paulo: Blucher, 2022a.

FERNANDES, M. I. A. Os Pactos Denegativos: protótipo de uma aliança. **Letra Urbana**, São Paulo, ed. 49, 2022b. Disponível em: <https://letraurbana.com/articulos/os-pactos-denegativos-prototipo-de-uma-alianca/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

FERREIRA NETO, J. L. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 2, p. 390–403, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000200013>.

FERREIRA NETO, J. L. **Psicologia, Políticas Públicas e o SUS**. 2. ed. São Paulo: Escuta, 2017.

FISCHBORN, A. F.; CADONÁ, M. A. Trabalho e autonomia dos trabalhadores em saúde: considerações sobre pressupostos teórico e metodológicos de análise do trabalho em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 27, n. 1, p. 227-237, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018170719>.

FONTES, V. A sociedade civil no Brasil contemporâneo: lutas sociais e luta teórica na década de 1980. *In*: LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. (Orgs.). **Fundamentos da educação escolar do Brasil contemporâneo [online]**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 201-239. Disponível em: <https://doi.org/10.7476/9788575416129.0008>.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. Curso dado no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FREUD, S. **Psicologia de grupo e análise do ego**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. vol. 18. Rio de Janeiro: Imago, 1996. (Originalmente publicado em 1921).

FREUD, S. **Sobre o narcisismo**: uma introdução. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. vol. 14. Rio Janeiro: Imago, 1996. (Originalmente publicado em 1914).

FREUD, S. **Totem e tabu**. Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. vol. 13. Rio Janeiro: Imago, 1996. (Originalmente publicado em 1913).

FULGÊNCIO, L.; COELHO, D. As relações entre a empiria e a teoria na psicanálise: Uma discussão de dois psicanalistas pesquisadores. *In*: FULGÊNCIO, L. *et al.* (Orgs.). **Modalidades de Pesquisa em Psicanálise: Métodos e Objetivos**. São Paulo: Zagodoni, 2018.

GAILLARD, G. Aparelhagem psíquica, destrutividade e Kulturarbeit: elementos para uma clínica da instituição. **Percurso**, n. 52, p. 17-26, 2014.

GERSCHMAN, Silvia. **A democracia inconclusa**: um estudo da reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2004.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. *In*: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. edição revista e ampliada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

GOUVEIA, R.; PALMA, J. J. SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 139-146, 1999. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-40141999000100014>. Acesso em: 23 abr. 2020.

GOYA, A. C. A.; RASERA, E. F. A atuação do psicólogo nos serviços públicos de atenção primária à saúde em Uberlândia, MG. **Horizonte Científico**, v. 1, n. 7, p. 1-21, 2007.

GUERRA, A. M. C. O Social na Clínica e a Clínica do Social: Sutilezas de uma Prática. *In*: GONÇALVES, B. D.; GUERRA, A. M. C.; MOREIRA, J. O. (Orgs.). **Clínica e Inclusão Social: Novos Arranjos Subjetivos e Novas Formas de Intervenção**. Belo Horizonte: Edições do Campo Social, 2002, p. 29-48.

GURGEL, C.; JUSTEN, A. Estado de bem-estar social no Brasil: uma revisão ou a crise e o fim do “espírito de Dunquerque”. **Cadernos EBAPE. BR**, v. 19, n. 3, p. 395-407, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395120200033>.

HÖFLING, E. M. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cadernos CEDES**, v. 21, n. 55, p. 30-41, 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-32622001000300003>. Acesso em: 20 dez. 2022.

IANNI, O. A questão social. **Revista USP**, n. 3, p. 145-154, 1989.

JIMENEZ, L. Psicologia na Atenção Básica à Saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, n. spe, p. 129–139, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400016>. Acesso em: 30 maio 2023.

KAËS, R. Realidade psíquica e sofrimento nas Instituições. *In: KAËS et al. A instituição e as Instituições: Estudos psicanalíticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1991.

KAËS, R. **O grupo e o Sujeito do Grupo**: Elementos para uma teoria psicanalítica dos grupos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

KAËS, R. O interesse da Psicanálise para considerar a realidade psíquica da instituição. *In: CORREA, O. B. R. Vínculos e Instituições: uma escuta psicanalítica*. São Paulo: Escuta, 2002, p. 11-32.

KAËS, R. **Os espaços psíquicos comuns partilhados**: transmissão e negatividade. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

KAËS, R. **Um singular plural**: A psicanálise à prova do grupo. São Paulo: Edições Loyola Jesuítas, 2011.

KAËS, R. **As Alianças Inconscientes**. São Paulo: Ideias & Letras, 2014.

KAËS, R. **l’Extension de la Psychanalyse**, Paris, Dunod, 2015.

KRÜGER, T. R.; REIS, C. Organizações sociais e a gestão dos serviços do SUS. **Serviço Social & Sociedade**, n. 135, p. 271-289, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0101-6628.178>.

LACAZ, F. A. C.; GOULART, P. M.; JUNQUEIRA, V. **Trabalhar no SUS**: gestão, repercussões psicossociais e política de proteção à saúde. São Paulo: Hucitec, 2017.

LIMA, M. Atuação psicológica coletiva: uma trajetória profissional em unidade básica de saúde. **Psicologia em Estudo**, v. 10, n. 3, p. 431-440, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000300011>. Acesso em: 30 maio 2023.

LIMA, N. T.; FONSECA, C.; HOCHMAN, G. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva. *In: LIMA, N. T. (Org.). Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

LISBOA, F. S.; BARBOSA, A. J. G. Formação em Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 718-737, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932009000400006>. Acesso em: 30 maio 2021.

LOBATO, L. V. C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. rev. e amp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Expansão e interiorização da Psicologia: reorganização dos saberes e poderes na atualidade. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 31, n. 2, p. 296-313, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000200008>. Acesso em: 14 jun. 2019.

MAGRINI, C. M. Vargas Araujo. **As organizações sociais como executoras dos serviços públicos de saúde**. 2011. Dissertação (Mestrado em Economia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <https://repositorio.pucsp.br/jspui/handle/handle/9175>.

MARTINS, R. B. **O programa de DTS/AIDS e a formação em psicologia**: determinações e cotradições para o trabalho do psicólogo. 2012. Tese (Doutorado em Psicologia Social) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.47.2012.tde-25072012-085946>. Acesso em: 29 maio 2023.

MAZETTO, F. E. Estado, Políticas Públicas e Neoliberalismo: um Estudo Teórico sobre as Parcerias-Público-Privadas. **Caderno de Estudos Interdisciplinares**, v. 2, n. 1, p. 1-21, 2015. Disponível em: <http://publicacoes.unifal-mg.edu.br/revistas/index.php/cei/article/view/406>. Acesso em: 30 maio 2023.

MENDES, A. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira**: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, A. A saúde pública brasileira num universo “sem mundo”: a austeridade da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, e00188916, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00188916>. Acesso em: 22 mar. 2021.

MENDONÇA, M. H. M. *et al.* Os desafios urgentes e atuais da atenção primária à saúde no Brasil. In: MENDONÇA, M. H. M. *et al.* **Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MENICUCCI, T. M. G. História da reforma sanitária Brasileira e do sistema único de Saúde: Mudanças, continuidades e a agenda atual. **Historia, Ciências, Saude – Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 77–92, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100004>. Acesso em: 12 maio 2020.

MENICUCCI, T. M. G.; GOMES, S. **Políticas sociais**: conceitos, trajetórias e a experiência brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 21.

ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social**: crítica ao padrão emergente de intervenção. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MORAIS, H. M. M. de et al. Organizações Sociais da Saúde: uma expressão fenomênica da privatização da saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311x00194916>. Acesso em: 1 mar. 2020.

NICOLLE, O.; KAËS, R. (Orgs.). **A instituição como herança**: mitos de fundação, transmissões, transformações. Aparecida: Idéias & Letras, 2011.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2001.v6n2/445-450/>. Acesso em: 30 maio 2023.

OLIVEIRA, I. F. *et al.* O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. **Interações**, São Paulo, v. 9, n. 17, p. 71-89, 2004. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-29072004000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 26 dez. 2022.

PAHIM, M. L. L. **Organizações Sociais de Saúde do estado de São Paulo**: inserção privada no SUS e gestão financeira do modelo pela Secretaria de Estado da Saúde São Paulo. 2009. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.5.2009.tde-08122009-185716>. Acesso em: 30 maio 2023.

PAIM, J. **Reforma Sanitária Brasileira**: contribuição para compreensão e crítica. Salvador: EDUFBA, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PAIM, J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à saúde no Brasil. *In*: GIOVANELLA, L. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012.

PAIM, J. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>. Acesso em: 27 abr. 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, n. 1, p. 15–36, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-59702014000100002>. Acesso em: 10 jun. 2023.

PAULUS JUNIOR, A.; CORDONI JUNIOR, L. Políticas públicas de saúde no Brasil. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 8, n. 1, p. 13-19, 2006. Disponível em: https://www.professores.uff.br/jorge/wp-content/uploads/sites/141/2017/10/v8n1_artigo_3.pdf

. Acesso em: 30 maio 2023.

PINEL, J. P. A construção do dispositivo de intervenção à prova das mutações institucionais contemporâneas. *In: NICOLLE, O.; KAËS, R. (Org.). A Instituição como Herança*. Aparecida: Ideias e Letras, 2011.

RABELLO, L. S. **Promoção da saúde**: a construção social de um conceito em perspectiva comparada. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

RAMOS, E. M. B.; MIRANDA NETTO, E. B. Histórico do sistema normativo de saúde no Brasil: uma análise da construção do ordenamento jurídico da saúde pós-1988. **Revista Debates**, v. 11, n. 1, p. 43-66, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.22456/1982-5269.71740>. Acesso em: 30 maio 2023.

RECHTMAN, R.; BOCK, A. M. B. Formação do Psicólogo para a realidade brasileira: Identificando recursos para atuação profissional. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 35, p. e3551, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3551>.

REIS, S.; MENESES, S. Novo financiamento da atenção básica: possíveis impactos sobre o NASF-AB. **CEBES, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde**, Rio de Janeiro, 12 fev. 2020. Disponível em: <https://cebes.org.br/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab/21242/>.

RIBEIRO, P. T. A questão social na história recente: implicações para a política de saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19-31, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312010000100003>. Acesso em: 30 maio 2023.

RIVERO, N. E. E. **Formação em psicologia e governamentalidade**. 2011. Tese (Doutorado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/750>. Acesso em: 30 maio 2023.

RONZANI, T. M.; RODRIGUES, M. C. O psicólogo na atenção primária à saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. **Psicologia, ciência e profissão**, v. 26, n. 1, p. 132-143, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932006000100012>. Acesso em: 30 maio 2023.

ROSSI, P.; DWECK, E. Impactos do novo regime fiscal na saúde e educação. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 12, e00194316, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00194316>. Acesso em: 20 jul. 2020.

SAFATLE, V.; SILVA JÚNIOR, N.; DUNKER, C (Orgs.). **Neoliberalismo como gestão do sofrimento psíquico**. São Paulo: Autêntica, 2020.

SANTOS, I. S.; VIEIRA, F. S. Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 7, p. 2303–2314, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018237.09192018>. Acesso em: 30 maio 2023.

SANTOS, J. A. **A ampliação do processo de privatização da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2018.

SANTOS, J. L. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141999000100007>. Acesso em: 17 maio 2021.

SANTOS, W. P. **A atenção primária à saúde do município de São Gonçalo do Rio Preto na perspectiva da representação social dos protagonistas do Sistema Único de Saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Ensino em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Ensino em Saúde, Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri, Diamantina, 2017. Disponível em: <http://acervo.ufvjm.edu.br/jspui/handle/1/1592>. Acesso em: 30 maio 2023.

SÃO PAULO. **Diretrizes Gerais para Unidades Básicas de Saúde**: Fortalecendo a atenção Básica no município de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em: [https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes_Geraiz_UBS_final_baixa\(1\).pdf](https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Diretrizes_Geraiz_UBS_final_baixa(1).pdf). Acesso em: 30 maio 2023.

SÃO PAULO. **Portaria Secretaria Municipal da Saúde - SMS nº 333 de 31 de maio de 2022**. Atualiza os indicadores de qualidade e produção e institui indicadores de monitoramento para os contratos de gestão celebrados pela Secretaria Municipal da Saúde com organizações sociais, bem como dispõe sobre o acompanhamento assistencial desses contratos. São Paulo, 2022. Disponível em: <https://legislacao.prefeitura.sp.gov.br/leis/portaria-secretaria-municipal-da-saude-sms-333-de-31-de-maio-de-2022>.

SAWAIA, B. B. (Org.). **As artimanhas da exclusão**: análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 1999.

SAWAIA, B. B. O Sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/Inclusão. In: SAWAIA, B. B. *et al.* (Orgs.). **As artimanhas da exclusão**: Análise psicossocial e ética da desigualdade social. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 97-118.

SCARCELLI, I. R. **Psicologia social e políticas públicas: pontes e interfaces no campo da saúde**. 2016. Tese (Livre Docência em Psicologia Social dos fenômenos histórico-culturais específicos) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.47.2019.tde-01072019-152745>. Acesso em: 30 maio 2023.

SHIMOGUIRI, A. F. D. T.; ROSA, A. C. A prática de atenção à saúde nos estabelecimentos psicossociais: efeitos do modo capitalista de produção. **Psicologia USP**, v. 28, n. 3, p. 389–395, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-656420160123>.

SILVA, V. C. **Terceiro setor e parcerias na saúde**: as Organizações Sociais como possibilidades e limites na gerência da Estratégia Saúde da Família. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/36086>. Acesso em: 30 maio 2023.

SIQUEIRA, C. E. G.; BORGES, F. T. Inventando o Reinventado: As Organizações Sociais de Saúde como modelo de gestão neoliberal de serviços de saúde à Bresser-Pereira. *In*: SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. A.; BAHIA, L. (Orgs.). **Organizações Sociais**: agenda política e os custos para o setor público de saúde. São Paulo: Hucitec, 2018.

SIQUEIRA, L.G. **Atenção Básica**: reflexões a partir da prática de trabalhadores de uma unidade básica de saúde. 2015. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-07082015-151749/>. Acesso em: 30 maio 2023.

SOARES, G. B. *et al.* Organizações Sociais de Saúde (OSS): Privatização da Gestão de Serviços de Saúde ou Solução Gerencial para o SUS? **Revista Gestão & Saúde**, v. 7, n. 2, p. 828-850, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3547>. Acesso em: 8 jun. 2023.

SODRÉ, F.; BUSSINGUER, E. C. A.; BAHIA, L. (Orgs.). **Organizações Sociais**: agenda política e os custos para o setor público de saúde. São Paulo: Hucitec, 2018.

SOUTO, L. R. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. **Saúde Em Debate**, v. 40, n. 108, p. 204–218, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104-20161080017>. Acesso em: 30 maio 2023.

SPINK, M. J. P. **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SPINK, M. J. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo do saber. *In*: CAMPOS, F. C. B. (Org.) **Psicologia e Saúde**: Repensando as práticas. 2. ed. São Paulo, Hucitec, 2010.

SPINK, M. J. **Psicologia Social e saúde**: práticas, saberes e sentidos. 9. ed. Petrópolis: Vozes, 2013.

SPINK, M. J.; BRIGAGÃO, J. I. M; NASCIMENTO, V. L. V. Psicólogos(as) no SUS: a convivência necessária com as políticas públicas. *In*: OLIVEIRA, I. F.; YAMAMOTO, O. **Psicologia e Políticas Sociais**: temas em debate. Belém: UFPA, 2014.

TESTON, L. M. *et al.*. Avaliação no SUS: uma crítica à ideologia do produtivismo no capitalismo contemporâneo. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 3, p. 226–239, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S317>. Acesso em: 30 maio 2023.

TOURINHO, E. Z. Individualismo, behaviorismo e história. **Temas em Psicologia**, v. 1, n. 2, p. 1-9, 1993. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1993000200002. Acesso em: 30 maio 2023.

TRAVAGIN, L. B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, n. 115, p. 995-1006, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711501>. Acesso em: 30 maio 2023.

VARGAS, A. C. C. **A problemática da participação no âmbito institucional das Organizações Não Governamentais: uma perspectiva psicanalítica do sujeito, grupos e instituições.** 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/D.47.2012.tde-08022013-151709>. Acesso em: 30 maio 2023.

VAZQUEZ, D. A. *et al.* Política econômica e política social no Brasil nos anos 1990: possibilidades, limites e condicionantes. **Economia e Sociedade**, v. 13, n. 2, p. 147- 167, 2004. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/ecos/article/view/8643048>. Acesso em: 30 maio 2023.

VIRGÍNIO, A. S. Conhecimento e sociedade: Diálogos impertinentes. **Sociologias**, v. 8, n. 15, p. 88–135, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1517-45222006000100005>. Acesso em: 1 maio 2020.

YAMAMOTO, H. O.; OLIVEIRA, F. I. **Psicologia e Políticas Sociais: temas em debate.** Belém: UFPA, 2014.

YAMAMOTO, O. H. 50 anos de profissão: responsabilidade social ou projeto ético-político? **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n. spe, p. 6–17, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500002>.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - ENTREVISTAS

1ª TRANSCRIÇÃO

Data: 02/09/2021

Participantes:

Pesquisadora: Thaisa

Entrevistado: P1

Tempo de entrevista: 31'42

Modalidade de Transcrição: Ipsi Literis (na íntegra)

Legenda

... - interrupção do que estava falando

***Pesquisadora:** Hoje dia 2 de setembro entrevista com a UBS 1.*

***Pesquisadora:** É..Há quanto tempo que você está trabalhando no SUS?*

P1: Eu trabalho no SUS há quase 9 anos, desde 2013.

***Pesquisadora:** E você sempre trabalhou na atenção básica?*

P1: Na verdade, a minha primeira experiência no SUS veio por meio de um estágio curricular da faculdade que eu fiz o estágio em CECCO, então foi meu primeiro contato mais próximo, aí depois eu fui para a atenção básica que eu trabalho até hoje.

***Pesquisadora:** Como é que se reflete em seu trabalho na atenção básica?*

P1: Em que sentido você diz assim?

***Pesquisadora:** Na verdade a ideia é como é que você vai pensando o seu trabalho mas especificamente né...como é que você pensa o seu trabalho numa unidade como essa que você trabalha gerida por uma organização social?*

P1: Sempre pensei no trabalho do psicólogo na atenção básica...que é um trabalho muito desafiador...acho que sempre tem né, uma lógica de uma demanda...tipo, encaminha pro psicólogo, a pessoa chora a gente já encaminha para o psicólogo, né? E acho que um dos nossos papéis aqui é de tentar romper esse modelo mais clínico, tradicional e sempre pensar em novas possibilidades de atuação dentro da atenção básica mesmo. Aqui que a gente tem uma unidade de saúde mista, a gente tem seis equipes de estratégia de saúde da família e também tem o modelo tradicional. Acho que um dos papéis que a gente tem aqui, acho que é isso, a gente faz parte de uma equipe de saúde mental, tipo...nunca olhar para o trabalho como algo individualizado e focado naquele especialista, mas como profissional que compõe essa equipe, que compõe uma equipe maior e que olha para o indivíduo, que olha para o ser humano. Então assim, como é que a gente consegue trabalhar e atuar pensando nesse cuidado integral desse desse indivíduo assim...tentando sair dessa lógica de olhar por partes, tipo, tá chorando agora a gente encaminha para isso, isso a gente encaminha cá, pra

aquilo a gente encaminha pra aquele lugar. Dentro da atenção básica eu penso que é nosso maior desafio, que é de como que a gente consegue trabalhar com essa equipe mais ampliada né, de ampliar um pouco esse olhar mesmo, pro que vem se apresentando nesse contexto como um todo.

Pesquisadora: *Você vai dizendo que um desafio importante é romper essa barreira dessa fragmentação do cuidado...é...você vai entendendo que o fato de você estar numa UBS que é gerida por uma OSS facilita ou dificulta para esse desafio que você colocou?*

P1: Eu acho que o modelo da OSS inclusive ele vem engessado com algumas questões...é...mais burocráticas e financeiras que eu nem sei muito bem por onde elas passam, mas eu acho que chegam com alguns modelos do tipo: tem que cumprir tantas consultas disso, tanto daquilo porque envolve verba né..se você não cumpre aquelas atividades a verba não vem...então às vezes tem todo um trabalho que é pautado nisso...como um todo. A gente aqui, quando a gente chega aqui na unidade, pela OSS a gente também tinha metas e a gente tinha que cumprir aquelas metas para que a verba viesse..né...e com algumas discussões, pensando um pouquinho nessa questão do trabalho, essas metas...elas caem para gente..assim...né...sai desse contrato de gestão as metas para os psicólogos. Mas para alguns outros profissionais essas metas elas ainda existem, então por exemplo na consulta de pré-natal, a gestante precisa ter sete consultas de pré-natal, essa é a meta... e muitas vezes a gente percebe que os profissionais estão focados nas sete consultas de pré natal, porque tem que cumprir a meta mas não do objetivo sabe da importância de ter até consulta, de qualificar aquelas sete consultas. Então esse modelo da meta e isso envolve essa questão financeira das OSS, eu acho que impacta na unidade como um todo. No nosso serviço, no início também impactava, porque é isso, a gente tinha as metas, enquanto equipe de saúde mental a gente tinha...e, caiu...e eu acho que isso abre um pouquinho o leque de possibilidades de trabalho, assim, a partir dessa retirada dessas metas pra gente.

Pesquisadora: *Essa retirada das metas tem pouco tempo?*

P1: Hum...a gente entrou aqui em 2014, eu acho que dois anos depois ela cai assim..

Pesquisadora: *Quando você vai dizendo sobre esse desafio...eu fiquei pensando nesse desafio do viés mais fragmentado né uma visão mais integral do processo de cuidado... qual é o caminho para superar esse desafio e por que é tão difícil superar essa barreira. Por que que ainda é tão fragmentado... pensar o cuidado né do indivíduo como é que você vai dizendo né de como é que quando eu a pessoa chora como você mesmo falou né logo já vou encaminhar para algum lugar..você vai entendendo que isso vai passando por onde assim..*

P1: hum...fala um pouquinho mais...

Pesquisadora: *Você acha que tem um viés mais individualista assim...*

P1: Sim..a gente tem dois modelos aqui, um modelo de estratégia (ESF) e o modelo tradicional juntos...de alguma forma isso... é muito mais concreto mesmo porque o formato é feito muito dessa forma né...então a pessoa vem em busca desse tipo de atendimento, então ela é colocada dentro daquele formato, de tipo...passar com...eu quero passar com aquele especialista. Ela já vem com essas necessidades, tanto com especialistas que nem tem na é nem tem na atenção básica, ela chega dessa forma e no

modelo tradicional da forma como ele é constituído acaba reforçando pouco esse lugar né: eu quero passar com o clínico, quero passar com o pediatra, quero passar com psiquiatra...e elas acabam sendo vistas por partes também. Então dentro do próprio modelo a gente acaba reforçando um pouco esse padrão o que na estratégia a gente tenta não fazer quando a gente está pensando na estratégia (ESF), o que às vezes a acaba você reforçando na estratégia por esse modelo, mas eu penso que dos grandes reforçadores desse padrão é próprio modelo de cuidado... é funcionamento mostra uma lógica mais ambulatorial mesmo então tudo isso tende a reforçar esses modelos na minha concepção pensando em saúde coletiva atenção pouquinho para não um olhar para o indivíduo, eu acho que ele não acaba não atendendo as demandas do território.

Pesquisadora: *Você acha que até por conta de como que a visão do psicólogo mesmo né... modelo de atendimento dele...dessa visão mais pautada no modelo de consultório né...dentro desse modelo de atendimento individual... como um dos principais modelos de intervenção na UBS que ele poderia ofertar, né?*

P1: Sim, acho que vem muito daí mesmo...acho que dos outros profissionais mesmo, acho que quando eles pensam no psicólogo eles já pensam muito nesse modelo mesmo, nesse modelo da clínica, do atendimento individualizado e, é o que eles pensam e o que os pacientes também entendem papel dos serviços da rede, a rede vem com essas solicitações assim né...ah encaminhar esse paciente para psicoterapia. Os serviços de saúde, da assistência muitas vezes, com esse tipo de demanda, com encaminhamento de psicoterapia semanal. Então tipo assim, como a gente devolve isso, pensando novas possibilidades, pensando na equipe ampliada, no território...é bem complexo. Uma outra coisa também que complica é a rotatividade dos profissionais também, por que se faz todo um trabalho nesse sentido e de repente aqueles profissionais saem e entram outros, principalmente na parte médica, assim...e começa tudo de novo, entra nesse modelo de encaminhar para o psicólogo naquele modelo de clínica..individualizado. A gente inicia um trabalho e isso se perde.

Pesquisadora: *E muda tudo...*

P1: Sim, muda tudo...

Pesquisadora: *E acho que isso vai de encontro com a questão do fato dessa rotatividade ter alguma associação com o tipo de contratação...em ser uma OSS...como você vai entendendo isso?*

P1: Sim, vai muito nesse modelo de contratação e como o profissional vai enxergando esse espaço,principalmente na área médica, porque o profissional vai enxergando aqui como um lugar para fazer dinheiro para fazer uma residência depois, por exemplo. Então, tem muito profissional recém formado que fica uns dois anos e passado esse período, guarda dinheiro e vai para a residência, e vai fazer outras coisas. Não são profissionais que vêm muitas vezes pautados pensando naquele trabalho, na atenção básica, na saúde pública. E eu acho que esse modelo de contrato da OSS facilita muito a entrada desses profissionais né, com outros objetivos para além de atuar na atenção básica.

Pesquisadora: *E aí você acha que especificamente na tua atuação, você acha que tem interferência na sua atuação o fato da UBS ser gerida por uma OSS? Quando você fala sobre esse círculo de quebra de vínculo na equipe, no caso dos médicos, de ter*

sempre precisar reconstruir o processo de entendimento sobre o que é o trabalho do psicólogo você vai entendendo esse processo como uma algo desse modelo de gestão?

P1: Não sei se interferências diretas, diretas, diretas eu não me vem agora na cabeça, mas interferências indiretas, não sei se eu conseguiria descrever nesse momento. Agora eu penso muito nesse modelo de metas ligadas a essa questão financeira mesmo assim. Tipo aquela meta precisa ser cumprida senão o dinheiro não vem, e não é pelo fator da meta em si...acho que a meta pode ser um norteador em algum momento, mas muitas vezes por essa pressão dessa questão financeira está associada a isso para a permanência daquela OSS naquele território eu acho que isso acaba descaracterizando um pouco essa atuação de um modo geral assim. A preocupação de ter que cumprir aquilo por causa do dinheiro faz com que a gente não olhe para o que é importante do porque precisa ser realizado aquele trabalho, do que pode ser feito de forma coletiva, né. Acho que mais nesse sentido assim.

Pesquisadora: *O exemplo do pré-natal que você falou né, das sete consultas que estão previstas no contrato de gestão, das sete consultas durante a gestação que precisa passar com o enfermeiro ou médico e que pode-se ficar tão fechado nisso que se perde muitas vezes o porque você está fazendo isso...*

P1: Tipo de olhar mesmo, tipo das vezes precisa ir na casa daquela gestante para coletar o exame e ficar se perguntando o porquê dessa gestante não estar vindo nas consultas? O que está acontecendo? São coisas que às vezes passam, e passam porque, tipo, ela não veio coletar exames aqui, eu vou na casa dela, colete e fim de papo, tá resolvido.

Pesquisadora: *Você está dizendo que acaba não tendo uma discussão mais ampliada até com a equipe, né? Acho que até lançando essa pergunta que você falou, o que a gente pode pensar de cuidado pra ela, porque a pessoa não está vindo nas consultas, pensando de forma ampliada...pensando em qualificar esse cuidado como você foi dizendo. Mas acaba fragmentando...agora é a gestação.*

E como é o seu entendimento do que é uma OSS, do que é uma organização social, o que você vai pensando?

P1: Na verdade assim..., eu penso que assim nos serviços públicos de modo geral eles vão sucateando e desvalorizando aqueles profissionais e vão se abrindo portas para novos modelos que a gente...enfim que a gente tende a...a gente vê coisas boas, outras não, dentro desse modelo. Dentro desse modelo de OSS...nossa eu me perdi um pouco aqui...fui pra vários lugares...(risos)

Pesquisadora: *Acho que é para pensar que muitas vezes o profissional é contratado pela OSS como se vai compreendendo a instituição ao qual ele está vinculado, pensando nessas instituições, no SUS e na OSS.*

P1: Quando eu comecei a trabalhar, mesmo sendo em uma OSS, eu entendia que era no SUS. Acho que a OSS, ela...nossa..fiquei pensando sobre a OSS..Eu nunca parei para pensar sobre isso...por quê (pausa) quando vim para a saúde pública né..eu vim para trabalhar na saúde pública, enfim.. a gente entra mediado pela organização social, a gente vivencia essas questões né quanto muitas vezes esse modelo da OSS, que é o modelo por CLT, que é outro tipo de contrato...são coisas que..muitas vezes..Nossa, eu me perdi..sobre o que é a OSS né...

Pesquisadora: *Sim, acho que é por aí, você quer falar sobre o que é a OSS?*

P1: Sim, são organizações que acabam entrando numa lacuna de pensar e organizar os serviços que foram sucateados ao longo do tempo . Então foram serviços que vieram com essa finalidade, com essa função, acho que algumas, algumas com muita boa vontade e honestidade e outras a gente vê relatos aí de desvios, disso, daquilo...Eu acho que foram vistos e que de alguma forma acabaram entrando dentro de um modelo que foi sucateado, sabe assim...de cuidado, que competia ao município, ao Estado muitas vezes...

Pesquisadora: *Você está dizendo que elas entraram num modelo que já estava sucateado dos serviços para que a OSS entrasse nessas lacunas, é isso?*

P1: Eu acho que sim, que não faz parte da construção de uma OSS, talvez lá atrás isso não fazia parte da função de um modelo de uma OSS, mas hoje, eu acho que isso já está diferente assim...sabe...Os serviços da direta hoje está super sucateados, os que tem aqui no território estão com pouquíssimos profissionais, dando o máximo deles para tentar fazer com que aquele serviço continue funcionando e daí chega uma OSS pra gerir aquele equipamento. A sensação que dá é que se interrompe qualquer tipo de investimento de todas as ordens, e não só financeira, mas de pensar em plano de carreira mesmo para os profissionais que estão ali, de qualificação, espaços de motivação para aquela equipe, por profissionais de prestaram um concurso, se dedicaram para trabalhar com políticas públicas, isso é todo interrompido pra ida de uma OSS e toda aquela equipe é desmantelada. Por alguma razão isso na OSS se perde, na minha visão. Para o profissional contratado pela OSS, nem sempre tem essa premissa.

Pesquisadora: *Me explica mais...Você diz no processo seletivo, na contratação desse profissional?*

P1: Eu acho que no trabalho em si, porque...até pelo próprio modelo de contratação, dependendo do que você fala e do que você entende né de política pública de cuidado e de intervenção, pode ser rompido pelo modelo de contrato que você tem, né, então acho que você acaba...perdendo até pouquinho do papel do profissional do serviço público...perdendo o papel de questionar o modelo, de pensar, de atuar, dentro de um serviço público mesmo, fortalecendo o serviço público mesmo.

Pesquisadora: *Você está dizendo sobre autonomia? Seria disso?*

P1: É, acho que é disso, mais por aí. Não sei, é diferente...

Pesquisadora: *Você vai dizendo diferente em que sentido?*

P1: No sentido de que a depender da visão, por exemplo, o seu desligamento pode acontecer por exemplo, diferente do modelo de direta por exemplo (fala mais baixo) mesmo que a pessoa esteja defendendo algo da política pública mesmo. Quando a gente pensa até a própria saúde mental, da defesa dessa política de saúde mental, dependendo da lógica da organização social, do que eles por muitas vezes vão entendendo que é aquele cuidado, acho que você acaba sendo punido ou sendo excluído então acho que de alguma forma, fragiliza um pouco das políticas públicas sabe? Por exemplo, se for algo com relação à defesa de uma política de saúde mental isso pode acontecer.

***Pesquisadora:** Você está dizendo da autonomia do trabalho, né? Como uma interferência importante no processo de trabalho...*

P1: Sim, o profissional fica muito vulnerável.

***Pesquisadora:** Você se sente assim?*

P1: Sim, em alguns momentos sim, pensando coletivamente. Pensando algumas pautas coletivas que a gente possa pensar, eu acho que tem sim uma vulnerabilidade pensando nesse modelo de gestão. (silêncio) Acho que é isso.

***Pesquisadora:** Ok. Tem algo mais que você complementar?*

Acho que é isso mesmo (risos).

(Encerramento)

2ª TRANSCRIÇÃO

Data: 28/09/2021

Participantes:

Pesquisadora: Thaisa

Entrevistado: P2

Tempo de entrevista: 56'50

***Pesquisadora:** Bom...Começando...acho que a gente pode começar falando um pouquinho da pesquisa, então...é uma pesquisa que tem como objetivo investigar a atuação dos psicólogos em UBSs que são geridas por OS. Bom, a partir desse objetivo, dá pra gente começar falando um pouco da sua trajetória, como é que você chegou aqui nessa UBS...*

P2: Eu me chamo A., eu estou formado desde 2017, UNIP, Universidade Paulista eu comecei com 18 anos, estou próximo de completar 10 anos no SUS. Eu comecei como técnico redutor de danos em uma unidade de acolhimento adulto trabalhando com pessoas dependentes de drogas... é um serviço associado ao CAPS né...Foi ali que eu gostei da área, tive muita curiosidade de pesquisar e estudar , então já tinha uma identificação com a psicologia, né? E aí eu decidi que era isso que eu queria estudar, então estou formado desde 2017, saí da UAA em 2019 quando vim aqui para a UBS...estou aqui há 2 anos e 10 meses... é isso..é o tempo que eu tenho como psicólogo.

***Pesquisadora:** Na UAA você ficou bastante tempo.*

P2: Bastante tempo...7 anos de UAA.

***Pesquisadora:** sim...E aí você veio para a UBS há 2 anos e 10 meses que você falou né?*

P2: isso

***Pesquisadora:** E aí, você trabalha numa UBS que é gerida por uma OSS né? E...você sabe como se deu esse processo de vinculação dessa OSS com a unidade, porque você me contou um pouco antes e começamos sobre algumas particularidades né? Você sabe se essa OSS entrou para administrar a unidade há muito tempo, como seu deu esse processo?*

P2: Foi...é recente, foi em janeiro do ano passado. Na verdade a decisão foi tomada ainda em 2019 finalzinho para outubro e novembro a gente soube que isso aconteceria essa transição da administração direta para OSS. Em Janeiro a OSS já entrou com a sua equipe tá aí até hoje, ainda tá acontecendo esse processo de remoção do pessoal da direta né? Dos funcionários públicos. Então até o final de semana todos já devem ter sido removidos para outros serviços. Então nesse 1 ano e 10 meses que a OSS está administrando a UBS, a gente tem aqui, a OSS que está administrando a unidade, a OSS que é responsável pela equipe de saúde mental.

***Pesquisadora:** Que são instituições diferentes...*

P2: Isso, são OSS diferentes. E ainda temos o pessoal da direta. Tem tantos funcionários do Estado quanto do município...então é bem complexo assim. Vamos para quase 2 anos assim.

***Pesquisadora:** Você pegou todos esses momentos né?*

P2: Toda essa transição...Não dá pra dizer...dá pra dizer que foi tranquila dentro do possível acho que o pessoal que tava aqui, assim, vinha num processo de desgaste enorme, por todas aquelas questões: sucateamento do serviço, não houve um diálogo muito claro com eles, então, quando a OSS chegou. Até então o discurso era: não vai acontecer né... vai se manter na direta, a perspectiva é que a gente siga nessa forma, nesse modelo e...quando da noite pro dia a OSS entrou. Então, teve reação, teve uma repercussão bastante interessante, teve conflitos com o pessoal que estava chegando, mas...inevitável, né. Teve um processo por parte da OSS de trabalhar essa integração, então eles propuseram algumas atividades, foi até bem bacana, mas não dá conta de aliviar as tensões que existiam e existem ainda hoje, né? Só com uma semana de integração né...Mas acho que dentro do possível foi um processo tranquilo, muito dificultado também pelo contato da pandemia, que chegou junto.

***Pesquisadora:** Isso que eu ia perguntar...foi na mesma época?*

P2: Exatamente, eles chegaram em janeiro, com todo aquele processo de chegar, de organizar, se aproximar e entender o território e tudo mais e em março estoura a pandemia no Brasil. O que se tornou o foco, obviamente do trabalho...e...o pessoal foi chegando...e foi chegando assim né..meio que direto. Então foi muito prejudicado por isso, acho que dificultou muito, e é uma coisa que dificulta até hoje essa integração...então tem muitas dificuldades eu diria na integração da equipe como um todo né, nos diversos setores aqui da unidade trabalha ainda no seu quadrado, fazendo o melhor que podem, claro, mas muito prejudicado por este contexto de pandemia...que se tornou o foco único, estamos há dois anos nesse tema...então, não acontecem reuniões, não tem nenhum trabalho de aproximação. A questão da unidade com o território também fica prejudicado porque não acontece nada de diferente, então a unidade está aqui para receber esses pacientes que na maioria do tempo estão sintomáticos de COVID-19. Essa questão da relação da unidade com o território era um problema, é um problema. Isso desde muito antes de eu chegar aqui e sabia que tinha uma relação de muito conflito da comunidade e a unidade...né, de acesso, por todo processo de sucateamento que aconteceu né? Então a unidade já sofreu vários ataques por parte de moradores aqui, que invadiam, depredavam, enfim..né..a relação nunca foi muito amistosa. E aí com a chegada da OSS a ideia era que houvesse uma aproximação nesse sentido com toda estrutura, uma equipe completa, né? Melhoria do serviço, mas acho que tudo isso acabou sendo prejudicado pelo por esse contexto da pandemia

***Pesquisadora:** Quando você vai dizendo sobre a relação da unidade e a comunidade era muito complicada...é...e você até como um espectador um tanto disso, mas fazendo parte também. Como é que a equipe, na qual você estava também pensava isso e entendia esse processo...pensando como era receber esses ataques e quando você diz que não tinha estrutura estava sucateada então como é que receber mas em muito o que fazer né*

P2: Exatamente

***Pesquisadora:** E aí a solução que foi colocada, com a entrada da OSS, que é algo de fora também...e que você diz sobre algo que também foi e está sendo muito difícil.*

P2: Exatamente... vinha de Fora. Eu acho que isso foi central da reação né do pessoal que tava aqui, eram funcionários de mais de 20 anos de unidade, que conhecem o território muito bem, conhecem a unidade, viveram muita coisa aqui. Quando eu entrei aqui, eu acho que fiquei nesse lugar de espectador, então tinha um olhar de fora também porque eu tava chegando de um outro serviço. O olhar que eu tinha quando eu cheguei era que os

funcionários estavam muito adoecidos, eles não davam mais conta de receber isso, estavam muito reativos mesmo, por conta de ter apanhado durante muito tempo e por melhor que eles fizessem trabalho deles e de fato é impressionante o quanto esse pessoal trabalha e se dedica, mas não era só um ano, coisa de meses, eram muitos anos de se sentirem largados mesmo...então...não tinha pessoal para ficar na recepção não tinha pessoal para puxar prontuário... E aí a população chegava aqui e queriam ser atendidos e aí como é que é os funcionários, devolvem isso? Já sabiam mais como devolver, né? Não dava pra dizer que não tinha gente, não tinha nem escuta por parte dos pacientes porque eles querem ser atendidos, e é um direito deles. E o pessoal já não estava mais conseguindo escutar isso, já não estavam conseguindo devolver isso para os pacientes de um outro jeito...então...tinha muito conflito nesse sentido por conta do desgaste, eles estavam muito impotentes assim, acho que é a palavra. Foi tentado da parte da supervisão de saúde alguns movimentos para tentar se aproximar dos funcionários mas era uma coisa que aconteceu de uma forma muito atropelada pelo menos um olhar de fora né..porque eles vinham dizendo de como estava difícil para eles há muito tempo e não estavam sendo executados...então...não dá pra chegar alguém assim, de repente e propor um grupo de cuidado pro trabalhador assim (alguém bate na porta e a entrevista é interrompida).

P2: eu acabei me perdendo...

***Pesquisadora:** Você foi falando de um grupo que foi pensado pela supervisão.. mas que a equipe não sentiu que estava sendo ouvida. E a proposta do acolhimento que havia sido ofertado, pelo que você foi dizendo, pareceu não dar conta, eu fiquei pensando...você foi falando sobre o processo de sucateamento da unidade, questões que eram mais amplas do que abarcariam esse acolhimento para a equipe.*

P2: Exatamente...eles falavam do papel que não tinha para impressão, do RH, pessoas que não tinha pra ficar na recepção, para puxar um prontuário, de falta de médicos, enfim...tudo mais. Era muito básico, muito anterior a essa proposta...não era só o: vamos estacutar, vamos tentar conversar, vamos trabalhar em equipe. Porque o jeito que foi sendo respondido...isso parecia que tinha...sei lá...que era simplesmente uma dificuldade de relacionamento da equipe, né...que a equipe não era unida, não trabalha em conjunto...nossa, mais unidos do que eles eram, acho que impossível...só que eles estavam exaustos...não tinham pessoas para trabalhar, não tinham recursos. Não era uma questão de equipe, era muito, era isso que eles vinham tentando falar, mas as respostas que vinham eram: vamos fazer uma rodinha de conversa ali...um grupo de cuidado aqui. Os profissionais que vieram, super cuidadosos, chegaram se aproximaram de uma forma muito respeitosa, procuraram levar essas demandas pra cima né, mas assim...ficava pelo caminho mesmo, a resposta que eles queriam não iria acontecer e quando veio, veio assim, nesse choque.

***Pesquisadora:** e aí, o quanto que você, fazendo parte dessa equipe...e no bojo de todo esse processo, acompanhando o sofrimento que estava essa equipe, acompanhando a chegada de uma nova equipe e no meio de uma pandemia.*

P2: Nossa! Em alguns momentos eu até conversava com a equipe de uma angústia, do que a gente poderia fazer por essas pessoas, né , a gente ia tomar um cafezinho e sentia a angústia das pessoas que estavam aqui, mais a angústia das pessoas que estavam chegando, que são também trabalhadores do SUS né? E não tem muito a ver com todas essas questões, mas acaba existindo certa resistência em relação a eles, por serem funcionários de uma OSS e a

gente ficava pensando, o que é que a gente faz aqui, o que a equipe poderia fazer aqui . Só que tinha uma demanda batendo na nossa porta, num território muito grande e que temos que dar conta mesmo sendo uma equipe mínima de saúde mental, ou seja, a gente não dá conta, uma população enorme, somos referência para outros dois territórios que não tem equipe de saúde mental, então a gente precisou trabalhar do jeito que era possível mesmo né... também pensar como tudo isso afetada a gente também, porque somos trabalhadores da unidade também, estamos juntos nesse processo. Da minha parte eu sentia um certo receio porque eu pensava como é que seria isso? Uma OSS assumiu a unidade, junto com funcionários públicos e junto com uma outra OSS. Minha preocupação era...como essa integração aconteceria. No dia a dia, no trabalho cotidiano, as coisas acontecem, não do jeito que deveriam acontecer, tem muitos problemas né. Mas a coisa foi se dando com acolhimento e com diálogo, dentro do possível, com coisas que precisam melhorar, sempre tem...mas foi um pouco mais tranquilo do que eu esperava. Eu estava esperando uma coisa muito mais difícil, mas aí entra o contexto da pandemia, esse processo de integração ficou suspenso, não aconteceu ainda. Eu sinto que tem uma divisão importante na unidade, não estou falando de OSS, tou falando de setores mesmo, tipo saúde mental pra cá, saúde clínica pra lá, enfermagem, recepção...não tem uma unidade...mas sinto que foi pelo contexto da pandemia, mas como te falei ainda pode ser uma especulação dizer que se não tivesse pandemia teria sido diferente...mas como teve a pandemia a gente pode jogar tudo pra ela.

***Pesquisadora:** é...a pandemia pode ter servido tanto para arrefecer ou tamponar esse campo de disputas e fragmentação que você foi dizendo, ou como para eclodir ainda mais os ânimos né?...Eu fiquei pensando..como é pra você, diante dessa complexidade que você contou, de vivenciar diversas esferas de níveis institucionais, ou seja, a instituição direta, a OSS que você responde, né? que é responsável pelo serviço de saúde mental da unidade e a OSS que faz a gestão do serviço agora. Como é que é pra você atuar como psicólogo em uma unidade que é gerida por uma OSS?*

P2: Você sabe, que no cotidiano do trabalho eu só consigo pensar no trabalho que eu estou desempenhando aqui, em como eu tô atendendo meus pacientes porque a demanda é tão grande, são tantas solicitações, é tanta coisa pra dar conta...então essas questões nessa tua pergunta às vezes tem coisa que eu acho que eu não parei pra olhar, sabe...eu poderia responder que é um pouco confuso, porque eu faço parte de uma OSS que tem a sua missão, seus valores, seu histórico, a sua trajetória na saúde mental, hoje eu estou numa unidade representando essa OSS, mas uma unidade que é gerida por uma OSS diferente, que no caso tem a sua história, a sua trajetória...enfim..vai ter uma forma de trabalhar que é diferente da OSS na qual eu atuo. Às vezes eu fico um pouco confuso porque assim, eu tenho meu supervisor , a gerente da unidade que é responsável, pela equipe e a agente ainda responde por outras instâncias né, supervisão técnica...tudo...isso. O meu receio sempre é, a minha angústia sempre foi de que a gente conseguisse aqui fazer parte da unidade e não fosse uma equipe destacada, a equipe de saúde mental, acho que essa é uma angústia que eu ainda carrego...acho que aí entra de novo o contexto da pandemia, eu tinha esse receio que isso acontecesse...e não acontece, pelo menos de forma clara. Essa é a questão que foi cuidada nesse tempo todo, não teve condição ainda não teve espaço para que a gente se aproximasse e tomasse pé das diferenças. Acho que isso tudo está tamponado e que pode mesmo aparecer mais pra frente, mas por conta do contexto atual está encoberto. Tem uma distância em

relação à gerência, em relação aos outros funcionários, com relação à nossa equipe de saúde mental, mas não sei se é por ser de uma OSS diferente. Tem tentativas de aproximação, de fazer coisas mais perto, mas é isso, tem a pandemia, tem a urgência de se resolver buchas o tempo todo e tudo isso foi ficando pra depois, sabe? Não sei se te respondi.

Pesquisadora: Sim...

P2: Mas eu diria que eu não olhe...não parei pra olhar, talvez agora, com essa sua pergunta talvez eu fique comigo isso, de entender melhor de como tudo isso impacta no meu cotidiano, na minha profissão...porque é angustiante, porque a gente vai atendendo, atendendo, atendendo a essas questões são super importantes e fundamentais...talvez atravessassem todo o trabalho. São questões importantes para serem olhadas.

Pesquisadora: Você falou algo sobre a OSS que você trabalha para carregar missão, valores e etc e que está gerindo a unidade também carregar talvez outros valores, até por ser outra instituição. E daria pra pensar que a própria administração direta com algo parecido. Como você disse, na batida do dia a dia, talvez não fique tão aparente certas diferenciações, mas você acredita que na OSS em que você trabalha esses valores ou regras aparecendo e se diferenciando da OSS que está gerindo a UBS? Você percebe algum tipo de diferença?

P2: Ah tem... (risos). Nossa uma pergunta polêmica.. acho que o que marca assim é um pouco da visão enquanto missão assim, no cotidiano, que eu nem sei como está escrito lá no site...mas eu entendo que num contrato de gestão você tem metas, você tem uma série de programas a serem implementados e números e planilhas e tudo isso. O que eu sinto é que às vezes há uma certa frieza na gestão da OSS que tá responsável pelas unidades, pode ser porque eu estou de fora, por eu ser de uma outra OSS e o foco da Congregação ser o da saúde mental, elas ficam mais encolhidas, cuidam de menos serviços, né? Então me parece que tem um calor maior, uma proximidade maior com os trabalhadores principalmente. Assim como eu procuro ter muito carinho e amor com os meus pacientes né, eu vejo isso com os profissionais da outra OSS também, isso tem mais a ver com o perfil do profissional...mas em termos de gestão me parece que tem uma coisa...não sei se empresarial, mais empresa, assim sabe...um modelo bastante rígido de gerenciamento, de administração de pessoal. Me parece que falta um pouquinho desse cuidado, um olhar um pouco mais sensível aos trabalhadores, né...e às vezes também para os pacientes. Entendendo que eles não são só números, não são só fonte para abastecer uma planilha, ainda mais quando se fala de uma unidade com histórico muito difícil com a comunidade, o que se espera é que se mude, que tenha mais proximidade, um carinho...o que me parece é que é algo mais frio, mais calculado, até para atender a todas essas solicitações do contrato de gestão, eles são muito cobrados, eles são muito metódicos, eu percebo isso no dia a dia. Os trabalhadores aqui sentem também, e de certa forma, isso acaba atravessando essas pessoas e o atendimento que elas prestam. Então, talvez não agora, mas em algum momento isso chegue para a população que a gente atende, pode não acontecer, pode ser que eu esteja, sei lá...mas com o passar do tempo isso pode gerar tensões que possam gerar esse distanciamento, dificuldades na relação...acho que é uma coisa a se pensar

Pesquisadora: Porque antes a relação era difícil até por conta desse processo de sucateamento da unidade, agora você está dizendo mais por um distanciamento por conta desses protocolos, talvez uns processos de trabalho mais engessados do contrato de gestão, é isso?

P2: Acho que pode ficar pior, é isso...a gente tem uma dificuldade já sim pelo modelo, acho que é por ser uma unidade, uma UBS tradicional, a gente precisa que o paciente venha até nós, isso por si só já é uma dificuldade do acesso da comunidade. E eu acho que essa frieza que eu vou percebendo né? talvez com os funcionários, não tanto com os pacientes, porque os profissionais daqui são muito comprometidos, são muito cuidadosos, é uma equipe muito bacana, eles tem uma paixão..o acesso melhorou, não tem uma pessoa só na recepção, não falta o prontuário pro médico atender...enfim, isso mudou porque tem pessoas aqui...mas isso eu acho que vá aparecer mais à frente, aparecendo tensões num contexto pós pandêmico.

Pesquisadora: *E no caso da tua atuação, você acha que interfere, o fato de ser uma OSS?*

P2: Você diz ter uma OSS gerindo aqui a unidade ou ser uma OSS em que eu trabalho?

Pesquisadora: *acho que nos dois contextos, ou no qual você compreender como mais relevante.*

P2: Eu acho que sempre tem...quando é um funcionário público né, tem toda a questão da estabilidade né, isso garante uma autonomia...ele serve ao estado, ao município e não ao governo né? Eu acho que por fazer parte de uma OSS, há interesses políticos, eu acho que o fato de estarmos sob administração de uma OSS tem a ver com um programa político, questões ideológicas, tudo isso...então, é como eu disse, eu acho que eu não olho pra isso, mas se eu olhar eu vou estar o tempo todo atravessado por essas questões. Eu não sei te responder se no meus atendimentos, na minha prática cotidiana isso influencia diretamente. Eu me sinto até demais né, eu tenho autonomia até demais aqui para trabalhar, fazer o que eu eu sou pago pra fazer, sou o único psicólogo aqui, então assim, eu tenho essa autonomia pra fazer, então eu não percebo se tem ou não essa diferença, ou eu não olhei muito pra isso e se eu olhar, tenha ruídos, tenha diferenças, eu acho que vai atravessando de alguma forma, essas questões. Acho que o olhar das OSS é parecido, a perspectiva do trabalho, acho que não é dissonante não. Eu não saberia te dizer exatamente Thaisa, quais as diferenças tem, que ter, tem, mas por não olhar, eu não percebi. Tem ainda o contexto da pandemia, e eu tenho o distanciamento natural por conta desse contexto, cada um no seu quadrado dando conta da sua demanda. Talvez, melhorando e a gente consiga retomar uma rotina mais normal digamos assim da unidade, com os espaços de reunião rolando, o todo apareça e essas coisas vão se tornar mais evidentes.

Pesquisadora: *Bom, acho que é isso...você gostaria de complementar algo, dizer mais alguma coisa?*

P2: Acho que é...foi rico pra mim participar dessa entrevista porque, acho que, são perguntas provocadoras que fazem a gente olhar um pouco mais além do contexto no qual a gente está inserido, questões que vão para além do dia a dia, do cotidiano da unidade que vão ficando invisíveis, mas que impactam e que me fazem pensar, e é algo do qual eu tenho sentido falta, que é de pensar um pouco mais, né? Não só nos meus atendimentos, nas minhas práticas aqui. Uma coisa que me angustia nessa agenda pandemia é estar aqui muito mais como psicólogo clínico do que como psicólogo que trabalha numa perspectiva de saúde coletiva...então, eu sempre fico olhando pra isso, eu tenho atendido muito, são muitos atendimentos, mas que não é bem o que eu gostaria de estar fazendo, acho que eu posso potencializar isso...mas é do contexto mesmo, da pandemia.

(Encerramento)

3ª TRANSCRIÇÃO

Data: 05/10/2021

Participantes:

Pesquisadora: Thaisa

Entrevistado: P3

Tempo de entrevista: 54'15

***Pesquisadora:** Bom, então, é...me apresentando de novo né, eu sou a Pesquisadora, é uma pesquisa do laboratório de psicologia social e psicanálise... e então, pra gente começar, eu queria que você falasse um pouquinho da sua trajetória profissional, como é que você veio parar aqui na atenção básica né, nessa UBS, apesar da gente não estar na UBS né... É... está realocada aqui, mas conta um pouquinho da tua trajetória.*

P3: É... na verdade eu comecei numa UBS, eu acho que a mais ou menos uns quatorze anos atrás, foi quando essa OS estava contratando pessoas pra implementar a saúde mental na básica em Parelheiros. Então eu, uma TO e uma assistente social formamos uma equipe de implantação da saúde mental na unidade básica de Parelheiros, e daí a gente fez o projeto junto com a UBS Campinas também. Então eram quatro equipes de três pra implantação de saúde mental no extremo sul né, e com a OS... na mesma OS né. E daí fiquei lá por uns 03 anos, implantamos o serviço, atendimentos da infância, adolescência e adulto e idoso, atendimentos individuais e em grupo, oficinas terapêuticas né... foi bem bacana, a comunidade aderiu, foi muito importante porque não tinha uma equipe né, era uma psicóloga, um psiquiatra e os... os clínicos ali né, pediatra... Foi a primeira experiência de equipe de saúde mental ali na região. Aí de lá eu fui pro CAPS, fiquei a maior parte do tempo num CAPS Adulto e eu tô há um ano aqui!! É bem recente que eu volto pra básica... nessa UBS, porque até então eu tava em outra região, tá? Aí eu fui pra básica num contexto bem diferente que é num contexto de pandemia... é... com os atendimentos reduzidos, telemonitoramento... pouco acesso à comunidade né, ainda que nossa unidade está em reforma, então a gente tá alocado aqui num CAPS provisório, sem o nosso RH, sem os prontuários! Então tá uma situação assim... a gente não... assim... não estamos num momento... na normalidade vamos dizer assim, né?! Os nossos usuários não estão sendo atendidos acho que como se nós estivéssemos lá, né... fazendo atendimentos compartilhados, porque a gente faz atendimentos compartilhados com a GO, com a assistente social, enfim, com a nutricionista, com o clínico... Nós somos... a gente faz muito compartilhado ali na UBS, então tá um... um trabalho mais emergencial, mais individual, mais individualizado né... E... e eu nem completei né, to completando um ano! A nossa equipe é uma assistente social que neste momento está de férias e uma

TO que também recentemente foi trabalhar num CAPS infantil, então somos uma equipe de três, tá?! Acho que neste momento... meu percurso na saúde mental é esse.

Pesquisadora: *Que é bastante tempo, né...?*

P3: Sim... ! Bastante tempo, um tempo de básica foi um tempo bom e o CAPS, no CAPS adulto foi maior mesmo.

Pesquisadora: *No Caps Adulto era também nesse território, ou era... ?*

P3: É, Parelheiros!! Parelheiros ela é bem equipada de saúde mental. Tem o CAPS infantil, tem o CAPS adulto, tem o CAPS AD que aí esse tem a unidade básica que tem é... tem... tem as meninas como nós né, tem a equipe de saúde mental, tem Estratégia Saúde da Família, tem o NASF... Lá é bem equipado de saúde mental. E as Irmãs Hospitaleiras junto com uma outra OS e mais prefeitura (risos).

Pesquisadora: *Sim... é...*

P3: A nossa unidade do Chaddad somos nós das Irmãs Hospitaleiras com a saúde mental.

Pesquisadora: *Sim...*

P3: Tem a prefeitura que já tava ali né, desde então era da prefeitura... os funcionários da prefeitura. E tem a OS que é a (***) né, a (***) que também entrou pra administração da UBS. Então são três... (risos) vamos dizer assim vai, equipamentos, vai.

Pesquisadora: *Isso é recente?*

P3: Isso, olha, quando eu entrei...

Pesquisadora: *... esse cenário...?*

P3: Ó, eu entrei e eles estavam ali implantando. Eu acho que deve ser um ano e meio mais ou menos que tá essa configuração. A OSS que eu trabalho já está lá faz tempo. Acho que já estão há uns cinco anos ou mais... Estava a prefeitura com essa OSS, com a saúde mental. Ah... a saúde... a outra OSS... entrou acho que faz um ano e meio mais ou menos.

Pesquisadora: *E como é que você... Você tá dizendo que tem um percurso longo né... na saúde mental, dentro dos equipamentos... É... como você avalia esse processo de ter essa configuração? De ter uma OSS que vai e administra e outra OSS que tá com esse recorte da saúde mental... e ter uma administração direta que já tava antes, né...*

P3: É no mínimo delicado. Porque, por exemplo, vai... esse momento que a gente tá passando da reforma. Nós que saímos de lá, que dizer... O Caps é das Irmãs Hospitaleiras também né... E nós somos a única equipe que saiu da unidade, saúde mental saiu da unidade. Somos da OS das Irmãs Hospitaleiras, o resto ficou lá. Estamos no CAPS... é da mesma OS... fomos acolhidos, temos local pra trabalhar... mas, foi... é bem delicado estar aqui porque parece que a gente não está em lugar nenhum. Só que tem cobranças de que você tem que fazer o que você tem que fazer, né? (risos). Então, tá bem delicado assim. É... antes a gente tava numa construção porque tem as reuniões quinzenais da unidade onde todos... é... podemos trabalhar essas questões e outras tantas ali da unidade né... E a gente tava numa construção assim, da saúde mental, junto com o CAPS né... fazendo capacitação, educação continuada, a gente tinha vários projetos de construção junto né. Só que a pandemia e a reforma...dissipou.

Pesquisadora: *Foram duas coisas, né? Foi a pandemia... e a reforma está há quanto tempo...?*

P3: Tá quase um ano, ó... Quase um ano...!

Pesquisadora: *Nossa...*

P3: Eu... a previsão de retorno para nós é Dezembro, pra saúde mental... porque né, o pessoal tá atendendo lá, clínico, pediatra...

Pesquisadora: *Tá acontecendo a reforma com eles dentro...*

P3: Isso... tá... tá em funcionamento. A previsão de retorno nossa é pra Dezembro... Vamos ver...!

Pesquisadora: *Por que vocês acham que vocês saíram... você da saúde mental...?*

P3: Ah... eu vejo assim... (risos). Quando eu cheguei... eu venho de uma... primeiro a implantação da saúde mental em Parelheiros que foi super bem aceita, certo...? Então a saúde mental... a comunidade de lá sempre viu com bons olhos a saúde mental dentro da básica... Eles queriam muito, então eles lutam muito pras meninas não saírem de lá... da saúde mental... É bem reconhecido lá. Quando eu fui pro... Quando eu tive a experiência do CAPS que foi de muitos anos... É... O CAPS ele trabalha muito com portaria né... com a luta antimanicomial... Então assim, tem um trabalho muito forte de respeito aos usuários... da importância da saúde mental, né... da visão da saúde mental, de não ficar separada né... enfim... dos usuários terem acesso aos serviços... Então assim, trabalha muito isso no CAPS né. Quando eu fui pra essa UBS, parece que esse... o trabalho não existia ali... Então, a saúde mental não era... não é muito bem vista, são pacientes que atrapalham, são pacientes que exigem uma escuta, que falam demais, essas são as falas que a gente vai ouvindo. “Nossa, mas num da pra unidade fazer o acolhimento aberto porque saúde mental a gente não sabe, a gente... eles falam demais né, é muito difícil... “ E a gente lutando que não, tem que ser porta aberta... a saúde mental é como qualquer outra especialidade.

Pesquisadora: *Sim...*

P3: ... e o cara não entra na básica já indo pra especialidade, num é?

Pesquisadora: *exatamente...*

P3: ele entra pela equipe, pelo acolhimento da enfermagem... só que saúde mental ela via direto a saúde mental e nós somos em três profissionais, a gente não tem perna, né? Então tem todo esse trabalho que eu sinto que precisa ter diálogo na unidade para que a saúde mental seja bem vista, não bem vista, mas aceita, né? Que tenha até uma capacitação pra isso, porque eles acham às vezes que é uma coisa muito grave e não é...então tá sendo assim, esse trabalho, da básica assimilar a saúde mental como uma especialidade como as outras que tem lá...fica uma coisa...a gente já é de outra OSS...

Pesquisadora: *isso, esse é um ponto*

P3: Né

Pesquisadora: *Você acha que isso, como você falou, é um ponto a mais? Tem um peso? Por que você disse sobre essa fragmentação que tem com a saúde mental, que a equipe tem uma maior dificuldade pra lidar ou pra ouvir aquela pessoa com um sofrimento psíquico, mas quando você diz sobre ser de outra OSS, quais as demandas que você entende que isso possa gerar?*

P3: Assim, tem uma história muito bonita nessa unidade com a saúde mental, tem psiquiatria lá há muitos anos, tem uma história lá de dança circular, de grupos terapêuticos, então, tinha uma história lá...quando não tinha duas OSS, era só a que eu trabalho e a prefeitura. Então a comunidade, a população de saúde mental dessa unidade é grande e eles confiam, se sentem bem tratados, se sentem acolhidos. Eu vejo as meninas falando que parece que houve uma mudança nessa história da saúde mental dentro da UBS, porque vinha de um tomada de ocupar um espaço grande na UBS, com muitos atendimentos. E agora, não sei se ficou mais separadinho, sei lá, ficou diferente não sei nem explicar direito, mas a gente se sente assim, apesar de achar que é imprescindível ter saúde mental lá dentro parece que as pessoas acham que nossa paciente de saúde mental dá muito trabalho e as meninas poderiam sair. Falam assim..ah, mas vocês vão sair daqui vocês não vão ficar...

Pesquisadora: *Você diz sair, é sair a OSS que você trabalha da UBS, é isso?*

P3: Isso.

Pesquisadora: *Por ter algum tipo de tensão nesse sentido?*

P3: Isso, tinha mais, agora tem menos eu acho.

Pesquisadora: *Me fala um pouco mais sobre isso.*

P3: Pra ficar uma OSS só, sabe? São coisas que você vê, uma parte mais administrativa, que interfere no trabalho.

Pesquisadora: *Você diz um campo mais de disputas assim?*

P3: é um campo de disputas. Essas reuniões quinzenais tem ajudado muito isso, da gente se colocar, mostrar o trabalho. As pessoas só enxergam o nosso trabalho quando elas veem que tem um trabalho bacana acontecendo. Quando a gente sai e os usuários começam a procurar a unidade e que se vê o volume, e se percebe a importância, acho que se pensa: Ah não, elas vão voltar, elas tem que voltar, entendeu? Então eu acho que tem essa situação delicada. Eu acho que culminou ali com a pandemia, com a reforma, com a chegada a outra OSS, tem muita coisa acontecendo na UBS, tem muita coisa acontecendo ali dentro, né?

Pesquisadora: *Exatamente...No contexto macro e no próprio contexto da unidade.*

P3: É eu acho assim, são mudanças boas, a própria comunidade reclamava que os atendimentos eram poucos, agora o número de profissionais é maior, a enfermagem é bem maior, tem mais clínico, tem mais pediatra...então assim, pra população tende a melhorar, né? A ideia é essa, eu acho.

Pesquisadora: *E você foi contando que toda a sua trajetória foi a partir de estar em uma OSS, e como foi pra você trabalhar vinculada com uma OSS?*

P3: (silêncio)...ah, eu não tenho uma questão sobre isso...porque antes de vir pra saúde mental, eu trabalhava com educação, eu nunca fui funcionária pública, essa OSS que eu entrei, ela é uma OSS que só trabalha com saúde mental, então ela é especialista, ela trabalha junto com a prefeitura só com esse conhecimento...e...eu sinto que...a OSS sempre promoveu capacitações, sempre ouviu muito a equipe sobre a questão do trabalho...é...aperfeiçoamento nosso, trabalho de equipe, a questão salarial, de benefícios, eu sempre me senti respeitada, dentro desse trabalho, sabe? Não tenho críticas a respeito disso.

Pesquisadora: *Sim...e acho que até por você já ter passado por várias situações, contextos nos quais sejam ou em unidades que agora são geridas por outra OSS, ou que já foram de administração direta, você acha que consegue fazer algumas avaliações a partir disso né, pensando até na dimensão institucional, o que é estar em um unidade gerida por uma OSS, como isso vai se acomodando dentro de uma unidade? Hoje já é possível fazer essa avaliação?*

P3: Olha, eu acho que sim, não sei como vai se acomodar isso. são duas OSS, mais o trabalho da prefeitura, as OSS, a que eu trabalho e a outra OSS, elas têm jeitos de trabalhar, formas de trabalhar a saúde mental...diversas, assim...

Pesquisadora: *Como você vai percebendo essa diversidade?*

P3: Porque a OSS que eu trabalho, ela trabalha só com saúde mental, a outra ela trabalha com saúde...assim com enfermagem, com pediatra, com clínico, então é uma gama maior, então tem uma necessidade outra que é de produtividade...então é um RH completamente diferente do nosso e as vezes isso se choca porque é uma forma de ver o trabalho diferente, uma condução do trabalho diferente, uma condução de olhar...os resultados, a produtividade, o número de atendidos, a cobrança, é um jeito diferente de trabalhar...então, é...tem essa complexidade ai, né...por isso que a gente ouve, que quem está na outra OSS diz - ah vocês vão sair daqui, não vai ter mais espaço, porque tem uma diferença...tem uma diferença mesmo...de condução, enfim, de várias coisas. Mas aí a gente tá num momento de, vamos aceitar essas diferenças e trabalhar juntos para o bem comum né? Nesse momento eu acho que tá caminhando, mas é que a pandemia afastou a gente de lá, então...

Pesquisadora: *a pandemia e a reforma...*

P3: Isso, a pandemia e a reforma, é o fato da gente ter saído de lá. Eu acho que a saúde mental sofreu bastante de ter saído de lá, os pacientes, o nosso trabalho...mas, com a unidade reformada, talvez a gente ganhe também, ganhe espaço, pode ser que no retorno realmente se efetive ali, vamos ver.

Pesquisadora: *Quando você vai dizendo dessas falar né, até de uma possibilidade e que agora até de um jeito concreto, da saúde mental ter saído da UBS na reforma, ter sido excluída de certa forma a ponto de vocês precisarem ser realocados e aí aparecer essas falas de: olha, talvez vocês nem tenham mais lugar aqui né? por que tem um outro caminho, tem uma outra perspectiva agora... Essas falas vem de da OSS que entrou e como que você percebeu as falas de quem já estava, que no caso é a prefeitura e a OSS que você trabalha?*

P3: Da direta, eles puderam escolher ir para outra unidade, foram alocados para outros lugares.

Pesquisadora: *Então alguns nem estão mais...*

P3: Isso, nem estão mais...muitos saíram, poucos ficaram...até agora tá saindo gente e entrando um pessoal bem jovem para trabalhar, com outro ritmo, outro funcionamento, uma modernidade, traz um outro funcionamento, mais agilidade, um maior tempo de funcionamento da unidade, porque a unidade tinha um tempo total de funcionamento menor porque não tinha tanto funcionário assim, a comunidade reclamava bastante. Então agora tem um número de funcionários maior e os da direta foram alocados para outros lugares, quase todos saíram.

Pesquisadora: *E com relação a sua atuação como psico, você...como você vai percebendo ter alguma interferência no fato de você estar submetida a uma gestão de OSS? Você entende que tem alguma influência...*

P3: Ah eu imagino que talvez...tô aqui imaginando não sei se é assim mesmo...mas eu imagino que quando você é da direta você tem mais autonomia pra gerir assim o trabalho, não sei, tô imaginando isso... do que quando vc é de uma OSS, porque a OSS é assim..uma empresa né? Quando você trabalha por uma OSS você está submetido às leis e ideologia dessa empresa...e lógico que dá pra rebater, pra pensar junto, pra construir junto né? Acho que tem essa abertura, mas pensando aqui na direta acho que tem essa autonomia, não fica tão submetido, acho que você tem mais liberdade pro trabalho, tem mais responsabilidade porque você também você fica mais, assim conta mais com você mesmo, não está ligado a uma empresa, acho que tem essa diferença, mas como eu não tive essa experiência como uma funcionária pública, eu sempre, eu tenho uma experiência grande nessa OSS e eu sempre tive assim...tem pessoas que trabalham em outras OSS que se sentem mais coagidas e pressionadas por produtividade né? Eu não sinto isso, isso não é algo que eu sinto.

Pesquisadora: *As pessoas que falam isso, se dizem coagidas nas práticas delas?*

P3: Sim.

Pesquisadora: *Você vai dizendo que você está há muito tempo nessa OSS e que essa OSS tem um vínculo, pelo menos nesse território, com a saúde mental...*

P3: Sim!

Pesquisadora: *Como é que você vai percebendo a questão de convergências e divergências com a política de saúde mental por exemplo e a OSS que você trabalha?*

P3: Ah eles são...é que assim...é...o equipamento do Caps dentro da saúde mental eu sinto que é muito mais, eu não sei dizer a palavra direito, mas o que eu quero dizer é que seguem muito as políticas públicas né? Tá sempre muito afinado, os profissionais que estão ali, é uma equipe multi, que trabalha só em saúde mental, então é um equipamento muito afinado com as políticas públicas de saúde mental. A UBS não é um equipamento de saúde mental, tem uma equipe de saúde mental dentro da básica, quem vai trazendo isso, e eu senti desde o começo é nossa equipe, porque a básica não se ocupa disso. Ela nem..pra básica, isso não importa...quem tem que estar afinado e cuidar disso somos nós, enquanto equipe. Porque também enquanto supervisão não é algo que seja muito...é cobrado que nós né, fazamos matriciamentos, fazamos reuniões, a gente não fica isolado dentro da básica, mas esse é um trabalho que nós, do nosso grupo de saúde mental...isso não vem da básica. Na básica não tem isso.

Pesquisadora: *Não tem uma cobrança com relação à isso pela UBS...*

P3: Não tem. Isso porque quando eu entrei, senti uma diferença grande nisso, entre o Caps e a UBS. Você trabalha muito em cima de...né...das políticas públicas é algo que é bem, bem forte. Quando eu fui pra básica eu tomei um susto porque nossa, parece que tudo o que foi conquistado a gente tá engatinhando...assim, não pode porque o que eles tão fazendo lá fora é como se a gente tivesse...não a gente tem que ir junto, trazer pra pensar junto aqui na básica, né? As pessoas vêem a saúde mental de um jeito diferente, os acolhimentos, então eu fiquei bem assustada quando eu entrei. Especialmente nessa unidade, que é uma unidade na linha mais tradicional, no outro

território que eu vim já tinha Nasf, já tinha ESF, então estava mais adiantado, a coisa circula ali de um jeito, o pessoal já respira desse jeito...

Pesquisadora: *E você vai entendendo que a OSS respalda nesse sentido?*

P3: Sim, é...num acho que tem muito cuidado nesse sentido não acho que é muito cuidado a saúde mental na básica. Não acho que tem importância, não acho que dão a devida importância. Acho que assim, o fato da gente estar lá, é uma conquista da OSS de conseguir manter a gente lá né...poderiam ter aproveitado essa onda aí e terem tirado a gente de lá. Mas assim, eu acho que a OSS banca, eu acho que isso é legal, isso é bacana...mas, não acho que é só isso, bancar a gente lá dentro. Acho que tem que ter uma estrutura, um pensar junto, um cuidado com a básica, que eu acho que não tem. Eu como trabalhei em Caps, eu posso dizer que é bem diferente...eu tô sozinha agora...eu fiquei uma semana afastada com suspeita de COVID e não tinha ninguém pra ficar no meu lugar, fazer os acolhimentos.

Pesquisadora: *Você comentou que a assistência social estava de férias...*

P3: Isso, e a T.O. saiu...é difícil contratar T.O. Então não sei, talvez a gente fique em duas. E na básica você atende adolescente, adulto, criança, idoso...hoje veio uma idosa, meu vem de tudo! E às vezes são coisas mais graves e você encaminha para outros equipamentos e talvez não seja o perfil de ficar lá e aí tenha que ficar na básica mesmo...é delicado. É um trabalho bem importante, mas os olhos não dão o devido olhar pra básica...nessa unidade. Isso porque não tem agente de saúde, não tem estratégia saúde da família, eu acho que isso compõe o nosso trabalho, né? Acho que isso ajudaria o nosso trabalho.

Pesquisadora: *Você está dizendo que o fato de ser uma UBS tradicional limita algumas intervenções e algumas potencialidades que a estratégia acaba trazendo né, até de capilaridade mesmo.*

P3: Isso! Agora, aliás já tem um tempo, o território era um pouco maior e foi recortado, está dividido com outras UBS.

Pesquisadora: *E por enquanto vocês estão atendendo aqui no CAPS Ad até terminarem a reforma da UBS é isso?*

P3: Isso, até meados de dezembro...eu acho.

Pesquisadora: *E como está sendo para você, essa mudança, estar alocada em outro espaço.*

P3: Olha acho que o bom é que a gente tá tendo espaço pra atender...mas...o RH daqui não ajuda a gente em nada, as vezes eu tou atendendo, tem paciente lá esperando e eu não sei...então não é fácil. Nós temos um funcionamenro na UBS que é um pouco diferente de um Caps, mas como estamos dentro de um CAPS nós temos que seguir o funcionamento do CAPS...isso eu acho que sei lá...é um pouco esquisito. É uma situação desconfortável! Eu me sinto desconfortável. No começo eu achei bom,mas...era assim uma parceria, mas eu achei que foi uma parceria meio goela abaixo, então a gente tá aqui goela abaixo sabe? Só que...tem muita cobrança de atendimento.

Pesquisadora: *Vocês têm metas de atendimento?*

P3: Não, isso é uma coisa boa.

Pesquisadora: *Mas tem uma demanda que bate na porta...*

P3: Isso, a gente não tem meta, mas toda a nossa produção é vista, a gente tem que registrar, isso é mandado pra secretaria, tem toda uma burocracia, quantos atendimentos, grupos semanais.

Pesquisadora: *Você estava dizendo de ter uma história junto a essa instituição, no caso a OSS, que essa OSS tem uma história junto à saúde mental. Você conhece sobre essa história?*

P3: Conheço um pouco, mas não me aprofundi muito não...eu sei que eles tem um histórico a partir de um hospital psiquiátrico e isso às vezes cai como uma crítica das outras OSS sobre a questão da saúde mental.

Pesquisadora: *Porque uma crítica?*

P3: Não sei assim, que eles têm uma experiência em Hospital psiquiátrico, as fundadoras eram freiras que moravam em Portugal, são religiosas e quando elas vieram para o Brasil, elas iniciaram o trabalho com hospitais psiquiátricos nessa região, extremo sul de SP. Quando eu trabalha no Caps ainda tinha, mas acho que hoje não tem mais hospital psiquiátrico, acho que há uns três ou quatro anos, a gente deixou a administração do hospital psiquiátrico, aliás ele fechou e só estamos com os equipamentos mesmo: CAPS, UBS...mas tem uma visão meio hospitalocêntrica da nossa OSS diferente de outras OSS que não tiveram esse trabalho com os hospitais psiquiátricos..tem uma crítica no fundo.

Pesquisadora: *Mas é uma crítica que você também vai pensando, como você vai analisando isso?*

P3: Não, eu acho que todos nós que trabalhamos com saúde mental não tem como você trabalhar com saúde mental e não pensar nisso. Acho que todos que eu trabalhei na minha OSS nos questionamos a respeito a história da psiquiatria, como se deram as evoluções, como que se preconiza hoje, então eu não acho que a gente esteja distante disso. Só que talvez a gente não seja tão radical do tipo: ah...jamais, nunca, nunca mais, nunca uma pessoa pode ficar internada. Eu vejo que tem umas posições mais radicais. A nossa OSS não tem uma posição mais radical e isso não me incomoda tanto, talvez para algumas pessoas isso incomode.

Pesquisadora: *Você vai entendendo que isso, tipo cada instituição carrega seus valores e regras e isso vai fazendo parte da história. Você acha que isso é parte dos valores dessa OSS de alguma forma?*

P3: Eu acho que sim, é menos radical por conta dessa história forte de hospital psiquiátrico né.

Pesquisadora: *radical você diz é com relação a que?*

P3: Ah, é internação, mesmo medicalização..mesmo Caps de outras OSS que não tem psiquiatria tão efetiva, como nos CAPS Ad, trabalham de uma outra abordagem. É difícil você falar sem estar lá dentro, mas é o que a gente dessa OSS vamos sentindo quando vamos em reuniões,quando estamos no território vamos sentindo que a nossa OSS fosse uma OSS mais assim, tradicional vamos dizer assim.

Pesquisadora: *É uma OSS que tem essa especialidade, da saúde mental...*

P3: Exatamente. Quando eu entrei, a OSS tinha mais equipamentos, elas foram perdendo para as outras OSS, foram perdendo campo mesmo.

Pesquisadora: *Daí você vai dizendo que é um campo de disputas mesmo, de divisões que às vezes até colidem de alguma forma...você vai entender que até com o que o próprio sus preconiza por exemplo? Porque são vários recortes, a gente está falando da saúde mental, que seria um deles, na qual você diz que cada OSS pode ter uma perspectiva diferente. Fico pensando até das demais políticas, como elas vão se acomodando, como você vai entendendo que isso vai se dando no dia a dia...*

P3: É que é assim, são grupos de ação, de interlocução, nós somos os técnicos. Tem a parte da supervisão, da coordenação...tem a parte que é da prefeitura, tem a parte que é da supervisão da OSS...mas eu entendo que elas não se excluem. Isso que eu acho interessante, acho que dos anos que eu trabalhei, acho que é uma ideia de que se trabalhe junto, de que ambos os lados são ouvidos e que é um trabalho em conjunto. Não entendo que tenha algo que um seja distante do outro, acho que nem se consegue fazer isso...mas são várias esferas né, vários níveis de trabalho. A gente que tá aqui embaixo a recebe assim, não que a gente não tenha voz, mas que a gente percebe essas esferas, em reuniões, em decisões, determinações...tem um campo bem político aí, né?

Pesquisadora: *E você diz que pra quem está embaixo como você disse, o que fica é o que?*

P3: Ah, eu acho que, é essa...eu me sinto muito numa construção. É que agora na básica eu não me sinto tão próxima dessas reflexões e discussões porque o Caps é um equipamento que chega tudo ali entendeu, então as determinações, as supervisões, os supervisores, eles vão ao Caps, a gente conversa junto a gente discute as coisas...isso é construído em parceria. A nossa gerente, ela participa das reuniões, ela traz o que é discutido, a gente participa do que está acontecendo, então isso é muito legal na saúde mental, pelo menos eu sinto assim, uma construção o tempo todo. Não acho que é de um lado só.

Pesquisadora: *Ok, então acho que é isso. Tem alguma coisa que você gostaria de complementar, de dizer.*

P3: Ah, eu só acho que a básica fosse mais bem vista. Eu acho que tem que ser mais bem cuidada. Porque é a porta de entrada de tudo. Os pacientes da saúde, da saúde mental que estão na básica precisam de ser bem cuidados, as especialidades são pra doenças mais agudas mesmo. Eu acho pouco cuidada, é pouca importante para o que ela tem de ação. Começa com os funcionários, nós somos três, quantos funcionários tem num Caps? É uma equipe multi. São três assim, mais duas psiquiatras, mas acho que precisava investir mais na básica. É o que eu falo, alguns outros lugares estão com uma configuração bem diferente, aqui ainda está dessa maneira. Eu acho que essa configuração que a gente está nessa UBS, não dá pra dizer que sejam todas, mas tem algo particular daqui, então quando for fazer a análise levar isso em consideração.

Pesquisadora: *Isso, fora o contexto macro, de desinvestimentos...*

P3: Exato. E como a gente tá aqui na linha de frente, enquanto trabalhadora, a gente é cobrada, mas eu sinto que a gente tem pouca perna pra trabalhar, então é difícil. Então eu acho que precisava de um olhar diferente pra básica.

Pesquisadora: *Ok, acho que é isso.*

P3: Ok, ai desculpe se eu desabafei...

Pesquisadora: O que você trouxe foi muito importante e vão dizendo de impactos no seu trabalho né. Eu agradeço pela disponibilidade em participar da pesquisa mais uma vez.

P3: Imagina!

(Encerramento)

4ª TRANSCRIÇÃO

Data: 08/12/2021

Participantes:

Pesquisadora: Thaisa

Entrevistado: P2

Tempo de entrevista: 50'22

***Pesquisadora:** Então, meu nome é Thaisa, sou pesquisadora da Usp, a ideia da pesquisa conforme você leu no termo que eu te entreguei é entre o público e o privado: os desafios para psicólogos que atuam em UBSs que são geridas por Organizações Sociais de Saúde. A ideia da entrevista é pensar um pouco sobre a atuação do psicólogo e os impactos que o fato de ter uma OSS possam ter nas suas práticas. Acho que podemos iniciar falando um pouco da sua trajetória nessa UBS, como você chegou nessa UBS, há quanto tempo você está aqui e por aí vamos conversando.*

P4: Na verdade eu me formei em 2016, sempre trabalhei na área de treinamento e desenvolvimento, trabalhei em RH minha vida inteira e assim que formei já comecei a trabalhar em processo terapêutico, em clínica particular né...no SUS eu comecei em agosto do ano passado, agosto de 2020, já na pandemia em uma perspectiva de uma vaga temporária, para cobrir uma vaga de licença maternidade num CER. E lá no CER, depois que finalizou o contrato, a moça já estava pra retornar da licença, surgiu a vaga nesta UBS. Aqui eu estou há um ano aproximadamente.

***Pesquisadora:** Você chegou a ficar lá no CER um tempo...*

P4: Isso, eu fiquei por uns 3 meses. Na verdade eu ficava um pouco em cada espaço, então conheci um pouco do CER, não tinha na verdade prática dentro da saúde pública né...tinha muito pouco conhecimento inclusive, acredito ainda que tenho pouco conhecimento, em processo de modelagem né, porque é muita informação. Então comecei num CER, participando das atividades no CER, participei do EMAD, algumas visitas domiciliares porque tinham algumas demandas de saúde mental...muito pouco no APD, participava de algumas reuniões, né...na construção de alguns pensamentos, de montar planejamento né, PTS, mas foi muito pouco tempo né, foram três meses, mas consegui ter acesso assim, participei de alguns matriciamentos ali do território, algumas práticas de educação continuada. Vim aqui pra UBS, fiquei bem pouco lá embaixo participando do acolhimento para entender como funcionava a UBS e depois já comecei os atendimentos individuais. Ainda não estão ocorrendo grupos...confesso que também não é muito a minha praia...mas estou em processo de modelagem, sempre digo que a gente nunca é algo, mas estamos em processo de construção, enfim em processo de modelagem...enfim...não é uma coisa enrijecida, de

eu trabalhar somente com processo terapêutico individual que é mais a minha prática né, mas quando eu cheguei aqui não estavam ocorrendo grupos, inclusive ainda não estão acontecendo, somente atendimento individual e no começo eu tinha uma pouco mais de liberdade com relação a agenda, mas hoje em dia não tenho nem acesso mais. Tudo é feito no SIGA, via regulação. A demanda é muito alta, são cinco atendimentos de primeira vez e seis retornos todos os dias, né? Tirando o dia de reunião que é às quintas-feiras, mas ainda assim nesse dias são oito retornos, nos demais dias são onze atendimentos.

Pesquisadora: *Fora do contexto da pandemia, os grupos são um contingente grande no escopo da UBS...*

P4: Sim, eu até compartilhei com as meninas um pouco antes da nossa conversa que antes tinham muitos grupos aqui, grupos de escuta. Como te falei, não é muito a minha praia, mas estou em processo de modelagem, como eu trabalhava com treinamento e desenvolvimento também, com palestras e que envolviam grupos né, acabava me envolvendo nesse sentido, mas na saúde pública ainda não tive essa experiência.

Pesquisadora: *Sim, você estava dizendo sobre a sua agenda, que nesse momento ela ficou diferente, está mais engessada, é isso. Como você vai pensando isso?*

P4: Olha, é desafiador, porque o território aqui é muito amplo, né? Tem aproximadamente 180 mil habitantes, na verdade precisaria ter mais de uma UBS, assim como mais equipes de saúde mental. Na equipe somos eu, uma assistente social, uma T.O. e duas psiquiatras, uma nesse momento esta afastada. É desafiador trabalhar com a prática de terapia individual, é resolutivo...é resolutivo, mas por conta da demanda às vezes tem alguns embates aí que acabam dificultando o trabalho, mas é desafiador. No começo eu tinha menos espaçamento, eu conseguia marcar retornos com menos tempo, agora a demanda é muito alta. E inclusive não somos nós quem determinamos a periodicidade desses retornos, então você autoriza lá eles marcarem o retorno, como você já sabe como esta agenda, que ele não vai conseguir marcar no curto prazo, mesmo que você coloque após quinze dias, após um mês, é via regulação que eles vão fazer esse agendamento de retorno, então a gente não tem tanta flexibilidade nesse sentido.

Pesquisadora: *Você diz que chegou nessa UBS há um ano atrás, né? é uma UBS que é gerida por uma OSS né? Como você, que foi contando lá atrás que não conhecia o SUS, que veio de um outro processo, no caso o corporativo. Como você vai sentindo isso?*

P4: em qual sentido?

Pesquisadora: *No sentido, acho que a princípio até de pensar como era antes, se essa UBS já teve algum momento no qual ela não era gerida por OSS, ou como foi esse processo...*

P4: Não, na verdade quando eu cheguei já estava nessa configuração. Essa UBS é uma UBS que tem uma AMA e uma AMA-E. Então quando eu cheguei já era tudo como é hoje, não cheguei a entrar nesse detalhamento.

Pesquisadora: *É uma configuração enorme né? É um complexo aqui.*

P4: Sim, ainda mais agora que está abrigando um PS, na verdade tem um projeto daqui virar um PS e a UBS ir para outro lugar. No projeto viriam mais duas UBS para esse território.

Pesquisadora: *Esta com um PS aqui?*

P4: Por conta da reforma do PS do território, a demanda foi deslocada para as duas AMAS da região.

Pesquisadora: *E como você sentiu isso, teve mudança no cotidiano com a vinda do PS pra cá?*

P4: Ah sim, teve!

Pesquisadora: *Como é que tá isso pra você?*

P4: Como o PS tá aqui, aparecem demandas que são do PS relacionadas à saúde mental e como estou aqui com fácil acesso né...então assim, quando são pacientes do território acabam chegando pra gente né. A demanda é muito alta, e não tem muito filtro, né? Tem caso de enlutamento de curto prazo que você compreende que não tem necessidade de um processo terapêutico assim de imediato né. Então acabam chegando muitos casos assim...ansiedades situacionais, acabam trazendo pro acolhimento em saúde mental também, enfim. Basicamente a demanda só aumenta e internamente a gente acaba tendo que fazer esses filtros...e entender o que é demanda pra seguir com o acompanhamento terapêutico, já vamos pensando em pacientes que tenham mais um perfil de grupo, que ainda nem está acontecendo, mas já pensando nessa perspectiva.

Pesquisadora: *Você foi sentindo alguma mudança na equipe da UBS por alocar agora uma equipe maior que é a do PS, como está sendo esse processo?*

P4: Assim de prática não necessariamente, é mais adaptação mesmo com relação a essas equipes com demandas distintas, formas de trabalho distintas. Inclusive junto com a T.O. fizemos um grupo para a galera interagir melhor né, pra tentar uma certa confluência, foi bem bacana. Acho que o desafio maior foi em relação a essa integração, a questão de relacionamento interpessoal, questão de hierarquias que existe dentro das...do complexo né, então acho que foi mais nesse sentido.

Pesquisadora: *Um contexto bem desafiador, pensando na complexidade que são esses níveis de atenção né...do AMA, PS e UBS, tudo junto..e ainda com a pandemia...*

P4: Com certeza, é bem desafiador. A ideia é que o PS tenha a obra terminada em novembro, mas já foi...é obra né...mas inaugurando, a ideia é que esse AMA que também está esta UBS saída desse prédio, tem projeto para mais três UBS nesse território...vamos ver...não sei prazos e nem a perspectiva.

Pesquisadora: *E aí, como é que você como psicólogo inserido nesse UBS que é gerida por uma OSS, como é que você vai compreendendo o seu trabalho?*

P4: Acho que eu não consigo ter uma resposta nesse sentido. Como assim?

Pesquisadora: *No sentido, por exemplo, que você atua dentro do SUS, mas que tem uma outra instituição que vai regendo também o seu trabalho...como é que você vai pensar isso, como é que você vai entendendo esses processos...se você nota diferença nesses processos ao longo da sua atuação.*

P4: Eu nem notei né...porque a prática em si já é bem diferente...eu que não era desse segmento é mais difícil. Quando eu cheguei já estava nessa configuração então...o impacto disso assim na minha prática de psicólogo não consigo dimensionar isso.

Pesquisadora: *Quando você veio pro SUS, você já sabia que tinha um processo, já tinha ouvido falar o que era uma OSS, já sabia sobre essas instituições que fazem essa gestão dentro do SUS...como foi isso pra você? E quando você pensa delas estarem intermediando essa relação de alguma forma, como você vai pensando?*

P4: Assim na verdade eu sabia da existência dessas OSS, mas eu não tinha a dimensão de como era esse funcionamento, de como era gerido isso e tudo mais. Até porque, pelo que eu percebo, é um território de SP, assim na cidade que são várias OSS dentro da saúde pública. Tem a ASF, as Irmãs Hospitaleiras, tenho amigos que estão em outras...mas a especificidade disso eu nunca cheguei a refletir sobre, nunca idealizei nada e pelo menos neste momento não tenho um olhar pra isso.

Pesquisadora: *até porque é um processo que é relativamente novo, as OSS estão aí há 20 anos e acho que tem um campo aí pra pensar sobre essas instituições, e acho interessante que você tenha esse olhar da instituição privada, porque nessas instituições, aparecem de forma mais forte a questão de missão, visão e valores, né? Muitas vezes são valores que não são ditos, e quando estamos no SUS, isso também existe, e no campo campo das OSS, ainda tem mais essas instituições também né, que se complementam ou não...e como que isso vai se acomodando. E como você foi falando, no dia a dia é mais difícil de refletir sobre essas questões, até pela dimensão das demandas que chegam né.*

P4: Qual o seu olhar com relação a isso?

Pesquisadora: *Acho que a ideia da pesquisa é conseguir pensar a respeito, é lançar uma reflexão sobre esses aspectos e propor um aprofundamento dessas questões sobre as Oss e as práticas cotidianas do fazer psi na atenção básica, como isso vai se configurando, se há interferências nesse fazer...acho que é por aí...*

P4: interferência sempre vai ter. ainda mais por existirem OSS diferentes eu não sei até que ponto conflitua, ou até que ponto tem engajamento, ou se existe uma mesma perspectiva. qual que é o olhar de saúde, que entra muito no que você falou, na missão e valores...política, na verdade, que são muitas vezes distintas ou não. Mas nunca cheguei a pensar sobre isso, é a primeira vez que coloco essa indagação, nunca pensei como isso pode impactar na minha atuação.

Pesquisadora: *E como você vai percebendo a sua atuação aqui, na UBS?*

P4: Nesse momento eu não consigo diferenciar tanto da minha prática por exemplo, clínica. Não existe um distanciamento da minha prática clínica, a não ser pela periodicidade, os atendimentos são muito mais espaçados...aqui eu percebo que os atendimentos são muito mais quantitativos do que qualitativos, né. Até porque não tem tanto espaço pra troca com outros profissionais também, tem ali o espaço dos matriciamentos, mas você percebe que nem sempre funciona. Nos matriciamentos aqui da unidade, por exemplo, os médicos não conseguem participar porque estão muito engessados na agenda, preocupados com o volume de atendimento, com as metas de atendimento, o que acaba fugindo de uma perspectiva de um atendimento realmente qualitativo. De olhar para aquela pessoa de uma maneira fragmentada, de

uma forma que a gente pudesse integrar esse cuidado. A ideia é que na saúde mental fosse dessa forma, mas algo que nem sempre acontece exatamente por conta dessa perspectiva, de atendimento, de volume de atendimento. Preocupação é sempre com números.

Pesquisadora: *E porque você acha que existe essa preocupação tão grande com números?*

P4: Olha, acho que é mais por uma questão estatística, política...acho que é mais por esse viés mesmo.

Pesquisadora: *Você tem uma meta de atendimento?*

P4: Tenho, mas nunca foi discutido e eu também não sei qual é essa meta, tanto que uma vez disseram que a saúde mental estava acima de 100% da meta e eu até disse que então poderia ter mais tempo para fazer visitas ou um grupo...e me foi dito que não. Não sei de onde foi tirado esse número de meta nem o porquê. Eu fiz um cálculo que eu atendo a média de 11 pessoas por dia, com a média de 5 de primeira vez, então essas pessoas vão ter um retorno com a média de 45 dias, que pode ser comigo. Dá um total de mais de 300 pacientes...é muita gente. E com esse espaço de retorno, em 1 ano a pessoa consegue ser atendida, 6 vezes...com sorte 7 vezes. Se pensar a perspectiva do atendimento tradicional na clínica, que seriam de atendimento semanal, com começo, meio e fim...tem muita diferença. Enfim, é bem desafiador.

Pesquisadora: *Como você pensa nas possibilidades para esses impasses que você aponta?*

P4: Hoje pensando nesse território, para dar conta...lógico que tem algumas práticas integrativas, tem algumas coisas que a gente não tá executando hoje que também como por exemplo grupo né. Mas eu acho que precisaria de mais profissionais, um território de 180 mil habitantes não tem como dar conta, um psicólogo, uma T.O. e uma assistente social. Parece que já foi pensado nessa perspectiva, se vão contratar ou não, não se sabe. Já foi levado isso para as reuniões com a gestão sobre isso, mas fica só na fala né. O ponto por exemplo da última reunião com a gestão foi exatamente a inclusão dos médicos nas reuniões de matriciamento, de forma para qualificar esse atendimento. Daí foi dito que isso só seria possível se retirasse deles 1h de serviços administrativos por semana, que é a hora em que eles fazem as evoluções nos prontuários, pedidos de exames...então a coisa fica sempre muito engessada.

Pesquisadora: *é como você se sente aqui?*

P4: Sim, algo questionável mesmo...será que isso é por causa das OSS? O que será que está envolvido aí? Eu fico muito relacionando a minha área que era de transporte, né? Eu trabalhava com transporte, na parte de licitações. Provavelmente para existir essas OSS precisa de uma licitação. O que eu preciso provar enquanto OSS para continuar aqui dentro né? Talvez tenha a ver com esse volume, com essas demandas, com essas metas muito mal estabelecidas, meta por meta, né? Pelo menos na área de transporte era assim, tinha que diminuir reclamações, número de pacientes, número de vítimas fatais, aumentar a eficiência expressa sempre por números. As empresas que não obtêm bons resultados, ficam fora da licitação. Eu não sei se isso acontece assim na saúde, nunca me veio esses questionamentos, mas se existe uma licitação, tem algo em jogo. Daí pode envolver questões políticas, muitas outras questões.

Pesquisadora: *Isso que você disse, sobre essa meta por meta, né? O quanto também vai perdendo de vista um conceito que é muito importante dentro do SUS que é essa visão integral do sujeito. Acho que você vai trazer questões bem importantes e desafiadoras para as práticas né?*

P4: Com certeza, eu me senti muito perdido quando vim pra cá, porque não tinha ideia de como funcionava a saúde pública, eu tinha uma pequena noção, que ela foi modelada num CER, um outro tipo de estabelecimento, diferente da atenção básica. Fui entender um pouco porque fui estudar, entender o que era a saúde básica, mas quando eu entrei eu simplesmente fiquei no acolhimento junto com a enfermeira pra entender como funciona, mas o que eu aprendi...não sei...aprendi como funciona o acolhimento...basicamente. Entendi que tem algumas demandas que chegam lá, e que são demandas da saúde mental e que vem pra gente, mas foi isso. Tudo que eu aprendi sobre esse território, foi na prática. Enfim, é desafiador basicamente.

Pesquisadora: *Sim, com certeza! Acho que é isso...se você quiser complementar, dizer algo, porque a proposta era essa mesmo, de falarmos das práticas, das OSS.*

P4: Acho que falar das OSS já entra, assim...é um assunto bem delicado.

Pesquisadora: *Porque você acha delicado?*

P4: Porque a gente não sabe até que ponto é uma questão mais institucionalizada, ou é uma questão mais politizadaenfim, não sei.

Pesquisadora: *Pode ser os dois também, né?*

P4: Você fica nesse embate né? Eu brigo por uma coisa que eu acho mais funcional, ou me submeto...é isso...Até que ponto eu posso militar e até que ponto eu não posso...também somos dependentes do nosso trabalho, do nosso trabalho, enfim. Acho que quem teria mais liberdade pra isso, pra poder militar mais nesse sentido, seriam os médicos.

Pesquisadora: *mas o que seria militar e porque os médicos teriam mais propriedades para isso?*

P4: Digo militar no sentido de tensionar por melhores condições de trabalho, e eles (os médicos) têm maior autonomia para escolher trabalho, se sair daqui, tem outra vaga.

Pesquisadora: *E como você acha que isso poderia acontecer?*

P4: É difícil, porque eles também não têm muita ideia desse processo todo, pelo menos não claramente.

Pesquisadora: *Você diz no sentido dessas questões institucionais?*

P4: isso, se tiver, é muito pouco. Eu tenho essa impressão...que outras categorias não teriam tanta força, pra fazer a roda girar. Quem poderia seria a categoria dos médicos, mas acho que eles não estão ligando muito pra isso.

Pesquisadora: Há uma desimplicação você acha?

P4: Isso, eles queixam nos corredores, das metas, das pressões...mas fica muito no “é o que tem pra hoje”.

Pesquisadora: São questões bem importantes, e que são mesmo reflexões dessas práticas que de alguma forma nos convocam pra pensar e agir diante de tantos dilemas que conversamos né. Agradeço mais uma vez pela colaboração nessa entrevista.

P4: Claro! às ordens.

