

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE

Experiências, Reflexões, Interfaces e Desafios

Organizadores:

Larissa Polejack

Amanda Maria de Albuquerque Vaz

Pérolla Melo Goulart Gomes

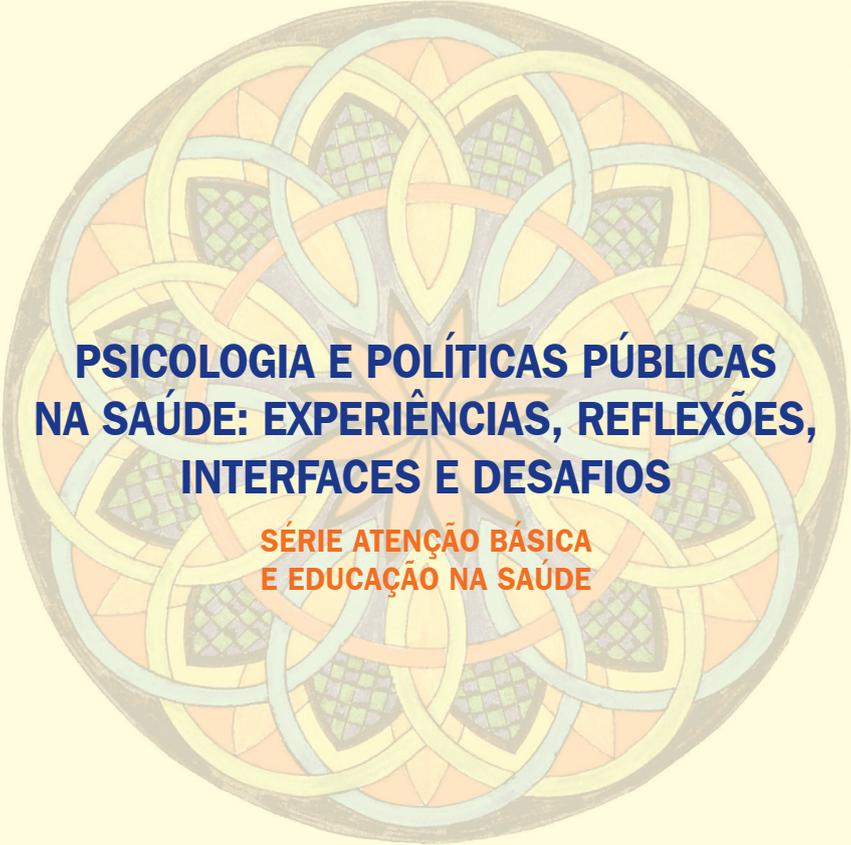
Victor Costa Wichrowski



editora



redeunida



**PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS
NA SAÚDE: EXPERIÊNCIAS, REFLEXÕES,
INTERFACES E DESAFIOS**

**SÉRIE ATENÇÃO BÁSICA
E EDUCAÇÃO NA SAÚDE**

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Larissa Polejack
Amanda Maria de Albuquerque Vaz
Pérolla Melo Goulart Gomes
Victor Costa Wichrowski
Organizadores

**Psicologia e Políticas Públicas na Saúde: Experiências,
Reflexões, Interfaces e Desafios**

1ª Edição
Porto Alegre - 2015
Rede UNIDA

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

P769 Psicologia e políticas públicas na Saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios/ Larissa Polejack ... [et al.] organizadores.– Porto Alegre: Rede Unida, 2015. 440 p. – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-44-3

DOI: 10.18310/9788566659443

1. Psicologia. 2. Políticas Públicas - Saúde. 3. Atenção Básica à Saúde. I. Polejack, Larissa. II. Vaz, Amanda Maria de Albuquerque. III. Gomes, Pérolla Mello Goulart. IV. Wichrowski, Victor Costa. V. Série.

CDU:150:614

NLM: WA100

Ficha catalográfica elaborada pela bibliotecária Aliriane Ferreira Almeida – CRB 10/2369

Todos os direitos desta edição são reservados à Associação Brasileira Rede Unida
Rua São Manoel, nº 498, CEP 90620-110, Porto Alegre – RS
Telefone: (51) 3391-1252 - Site: www.redeunida.org.br

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © by Rede Unida



**Série Atenção Básica e Educação na Saúde
Psicologia e Políticas Públicas na Saúde: Experiências, Reflexões, Interfaces e Desafios**

Organizadores

Larissa Polejack
Amanda Maria de Albuquerque Vaz
Pêrolla Melo Goulart Gomes
Victor Costa Wichrowski

Editoras Associadas

Cristina Neves Hugo
Renata Flores Trepte

A série Atenção Básica e Educação na Saúde, coleção institucional da Associação Brasileira Rede Unida, pode ser acessada na íntegra na Biblioteca Digital da Rede Unida: <http://www.redeunida.org.br/editora/biblioteca-digital>

Tiragem: 1ª edição – 2015 – 500 exemplares

Elaboração, distribuição e informações

Associação Brasileira REDE UNIDA
Rua São Manoel, nº 498, Santa Cecília
CEP 90620-110, Porto Alegre – RS
Telefone: (51) 3391-1252
Site: www.redeunida.org.br

Coordenação Nacional da REDE UNIDA

Alcindo Antônio Ferla, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Capa, projeto gráfico e diagramação

Vanderlei Dutra (Dutcom Saúde)

Imagem da Capa

Viviane Valente

Este volume da Série Atenção Básica e Educação na Saúde foi organizado pelo “Integra: Grupo de Estudos, Intervenção e Educação em Psicologia, Cronicidades e Políticas Públicas em Saúde”, que está vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. O “Integra” se dedica a atuar como espaço de reflexão sobre o papel da Psicologia como ciência e profissão em integração com outras áreas de saber e implicada no ensino na saúde, na formulação e implementação de políticas públicas em saúde. Busca desenvolver pesquisas e oferta processos formativos, de forma articulada com a rede de saúde, para estudantes e profissionais da rede de saúde com o objetivo de fortalecer e implementar os princípios e diretrizes do SUS.

Saiba mais em: www.grupointegra.com.br

Contato: grupointegrasaude@gmail.com

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Coordenador Nacional da Rede UNIDA

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial

Adriane Pires Batiston - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Alcindo Antônio Ferla - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Àngel Martínez-Hernández - Universitat Rovira i Virgili, Espanha

Angelo Steffani - Universidade de Bolonha, Itália

Ardigó Martino - Universidade de Bolonha, Itália

Berta Paz Lorido - Universitat de les Illes Balears, Espanha

Celia Beatriz Iriart - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América

Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Emerson Elias Merhy - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil

Izabella Barison Matos - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

João Henrique Lara do Amaral - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil

Júlio Cesar Schweickardt - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil

Laura Camargo Macruz Feuerwerker - Universidade de São Paulo, Brasil

Laura Serrant-Green - University of Wolverhampton, Inglaterra

Leonardo Federico - Universidade de Lanus, Argentina

Lisiane Böer Possa - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Liliana Santos - Universidade Federal da Bahia, Brasil

Mara Lisiane dos Santos - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil

Márcia Regina Cardoso Torres - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil

Marco Akerman - Universidade de São Paulo, Brasil

Maria Luiza Jaeger - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil

Maria Rocineide Ferreira daSilva - Universidade Estadual do Ceará, Brasil

Ricardo Burg Ceccim - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Rossana Staeve Baduy - Universidade Estadual de Londrina, Brasil

Sueli Goi Barrios - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil

Túlio Batista Franco - Universidade Federal Fluminense, Brasil

Vanderléia Laodete Pulga - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil

Vera Lucia Kodjaoglanian - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil

Vera Rocha - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

Comissão Executiva Editorial

Janaina Matheus Collar

João Becon de Almeida Neto

Sumário

PREFÁCIO	13
-----------------	-----------

Eduardo Passos

AGRADECIMENTOS	19
-----------------------	-----------

APRESENTAÇÃO	21
---------------------	-----------

EIXO 1: ENCONTRANDO CAMINHOS

1. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: CAMINHOS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES	29
---	-----------

Larissa Polejack, Márcia Landini Totugui, Pérolla Melo Goulart Gomes, Maria Inês Gandolfo Conceição

2. A SUBJETIVIDADE SOCIAL NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	49
--	-----------

Luiz Roberto Rodrigues Martins, Fernando Luís González Rey

3. LOBBYING: UMA PRÁTICA SUBVALORIZADA POR CIENTISTAS E PSICÓLOGOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL?	67
---	-----------

Sheila Giardini Murta

4. PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: A PSICOLOGIA NO SUS - RECONHECER POTENCIALIDADES E APRIMORAR COMPETÊNCIAS	77
---	-----------

Amanda Chelski da Motta, Wania Maria do Espírito Santo Carvalho

EIXO 2: CENÁRIOS E APRENDIZAGENS: O CAMINHO SE FAZ AO CAMINHAR

5. A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA: DESCOBERTAS, CONQUISTAS, CONSIDERAÇÕES E DESAFIOS NO NASF	97
---	-----------

Larissa Polejack, Pérolla Melo Goulart Gomes, Marina Reis Nobre de Miranda, Marcelo Pedra Martins Machado

6. AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL: CONTRIBUIÇÃO À INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA	127
<i>Lara Percílio Santos, Laís Santillo Morais</i>	
7. PESQUISA-INTERVENÇÃO PARTICIPATIVA: UMA APOSTA METODOLÓGICA NA ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL-ATENÇÃO BÁSICA	139
<i>Simone Mainieri Paulon, Júlia Monteiro Schenkel, Liane Beatriz Righi, Mairla Machado Protazio, Cristiane Holzschuh Gonçalves, Letícia Quarti Soares, Ana Paula de Lima, Mário Francis Petry Londero</i>	
8. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS EM FAVOR DO CUIDADO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE	155
<i>Ileno Izídio da Costa, Elisa Walleska Krüger A. da Costa</i>	
9. PAPÉIS DO PSICÓLOGO NO CONSULTÓRIO NA RUA	173
<i>Amanda Maria de Albuquerque Vaz, Victor Costa Wichrowski</i>	
10. EXPERIÊNCIAS DE ARTICULAÇÃO ENTRE A SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	197
<i>Filipe Braga</i>	
11. PAPÉIS DA PSICOLOGIA NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	211
<i>Luiz Felipe Castelo Branco da Silva</i>	
12. A PSICOLOGIA E A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS	229
<i>Maria Inês Gandolfo Conceição, Márcia Landini Totugui</i>	

EIXO 3: PSICOLOGIA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: PRÁTICAS E SABERES PARA O SUS

- 13. PSICOLOGIA E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
REFLEXÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA GESTAÇÃO E
NASCIMENTO** **243**
Cathana Oliveira
-
- 14. HUMANIZAÇÃO DO PARTO: POLÍTICA PÚBLICA, REALIDADE
OBSTÉTRICA E PSICOLOGIA** **257**
Patrícia Loraine Miranda Ribeiro
-
- 15. PSICOLOGIA E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO:
UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO** **267**
*Beatriz Schmidt da Rocha, Larissa Pedreira Durães
Paula Yumi Hirozawa, Thauana Nayara Gomes Tavares*
-
- 16. CUIDADOS PALIATIVOS, PSICOLOGIA E POLÍTICAS
PÚBLICAS: DIÁLOGOS E INTERFACES** **281**
Giselle de Fátima Silva
-
- 17. ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM HIV/AIDS: REFLEXÕES E
EXPERIÊNCIAS A PARTIR DE UM PROJETO DE EXTENSÃO
UNIVERSITÁRIA** **305**
Eliane Maria Fleury Seidl
-
- 18. DIÁLOGOS SOBRE POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE PARA
SURDOS** **331**
Domingos Sávio Coelho
-
- 19. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO:
DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA** **355**
Melina Borges Martinho Freire, Larissa Polejack
-
- 20. ASILAMENTO E EXILAMENTO: NOVAS VIGÊNCIAS DA
SEGREGAÇÃO** **365**
Ricardo Burg Ceccim, Guilherme de Souza Müller
-

**21. O PROCESSO DA INCLUSÃO ESCOLAR
DE CRIANÇAS AUTISTAS** **389**

Maria Izabel Tafuri

**22. PSICOTERAPIA & CRONICIDADE:
RE-PENSANDO A SAÚDE** **401**

Maurício da Silva Neubern

Prefácio

O Plano Público das Práticas Psi

Eduardo Passos

Discutir a interface Psicologia e Políticas Públicas de Saúde justificou o esforço de organização desse livro. Pensar na interface é mesmo um desafio do contemporâneo que não se cansa de colocar em xeque os limites identitários dos domínios do saber, o isolamento especialista das disciplinas frente à complexidade dos fenômenos que nos forçam a pensar. O processo de produção de saúde é um desses fenômenos com os quais estamos às voltas como pesquisadores e trabalhadores sociais. Tomá-lo em questão não pode ser tarefa de um domínio de saber ou de uma categoria profissional, no entanto, cada um de nós se engaja nessa empreitada com as ferramentas que forjamos e com as interlocuções que construímos. O campo das Políticas Públicas de Saúde é, por excelência, coletivo, não só porque Saúde Pública é, entre nós, Saúde Coletiva, mas, sobretudo porque não há como pensar os problemas que aí se colocam sem o esforço que engaja a Psicologia em suas diferentes vertentes teóricas, orientações metodológicas e diálogos transdisciplinares.

Pensar, no cenário contemporâneo, a interface da Psicologia com as Políticas Públicas de Saúde é aceitar a convocação para sairmos do lugar onde supostamente estivemos assentados: o lugar do íntimo, do privado, do secreto. Sair do lugar é movimentar-se. Por isso, pensarmos o nosso papel nos movimentos – tais como o da Reforma Sanitária ou Psiquiátrica – é uma oportunidade para fazermos avançar o nosso caminho.

O livro propõe a delimitação de um problema ao tomar as Políticas Públicas de Saúde como campo de práticas onde o psicólogo atua menos em um espaço limitado, privado, do que em um plano de comunicação ou de interfaces que defendemos como o plano público das práticas psi.

Defender a Saúde Pública hoje é apostar na invenção de outras for-

mas de cuidado e de outras formas de relação entre os trabalhadores de Saúde, aí incluídos os psicólogos, em substituição aos modos de cuidado e de gestão dos processos de trabalho que podemos designar de hospitalocêntrico e medicocêntrico. É nesse sentido que a Saúde Pública no Brasil se definiu como campo de luta pela democratização das práticas de produção de saúde, como redirecionamento dessas práticas a partir do modelo da Atenção Básica, como valorização do cuidado no território, como humanização do processo de produção de saúde, nesse período em que inventávamos diferentes formas de resistência às práticas autoritárias que se impuseram no Brasil pós-golpe civil-militar de 1964.

É nos anos 1970 e 1980 que assistimos a essa luta ganhar expressão, fazendo com que o movimento instituinte da reforma do campo da Saúde viesse a ganhar institucionalidade. O que derivou desse movimento? Estamos em outro tempo diferente daquele em que nos uníamos para enfrentar o autoritarismo que se impôs a nós brasileiros em 1964. Vivemos hoje tempos confusos em que muitos já acreditam que não há mais diferenças entre a esquerda e a direita, em que parece que a política perdeu seu sentido público, significando apenas corrupção e interesses pessoais. Experimentamos grandes decepções e vai se gerando entre nós uma descrença, uma apatia, uma indiferença. Eis, então, que se criam as condições oportunas para uma onda conservadora que se aproveita da confusão e da tristeza instaladas para ganhar espaço.

É nesse sentido que ouvimos o discurso retrógrado dos que querem fazer crer que os movimentos pela democratização da saúde sempre estiveram equivocados, que a militância da luta pela Saúde Pública e de qualidade estava na direção errada. Fomenta-se a privatização e a precarização do trabalho em Saúde. Recusa-se o pressuposto conquistado no campo da Saúde Pública de que o cuidado se faz em equipes multiprofissionais e corresponsáveis. O projeto que anima tais críticas é claro: aproveitar-se do momento em que as alianças políticas se recompõem para enfraquecer a aposta nas políticas públicas em seu pressuposto constitucional de que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

Há o perigo de darmos vários passos para trás. Há o perigo de desqualificarmos todas as experimentações que realizamos quando dissemos que era preciso fazer diferente, que era preciso pensar a atenção inseparável da gestão, o cuidado a partir do território, a clínica ligada à política,

a produção da saúde associada à experiência da cidadania. No campo da Saúde Pública, clínica e política são dois domínios que se distinguem, mas que não se separam. A clínica não pode ser definida como o domínio do privado, das nossas experiências íntimas e que seja diferente e separada da política, entendida como domínio do público (*pólis*), isto é, domínio onde encontramos os jogos de poder, o embate entre as forças dominantes e as forças dominadas, a organização dos territórios.

E por que o destaque da dimensão pública das práticas de saúde? Por que defendemos que as práticas da Psicologia no campo da Saúde devem estar pautadas por um compromisso público? Por que afirmamos a importância da dimensão política de nossas intervenções? Falamos de política porque falamos de modos de produção de saúde, de qualidade de vida e, sobretudo, produção de subjetividade, modos de criação de si e do mundo que não podem se realizar sem o risco constante de nossas implicações políticas.

Mas se Psicologia e Política Pública de Saúde se ligam, as relações transdisciplinares que aí se fazem não podem prescindir do rigor metodológico em nossas experimentações. Na etimologia da palavra método, voltamos à Grécia antiga e a estes dois radicais que se conjugam com certa direção: *meta*, com o sentido de movimento para além, mudança, e *hódos*, significando caminho. Na raiz etimológica a palavra tem, portanto, este sentido de percurso com movimento para além. Seguindo a tradição, o método torna-se um encaminhamento para a verdade, ou um percurso em que se deve garantir a adequação do caminho a um fim a ser alcançado. A verdade comparece como *telos*, ou o sentido do para além que todo caminho deve finalmente alcançar. Com este sentido, método (*meta-hódos*) é um caminho submetido a uma meta, definição que, na experiência concreta das práticas de Saúde Pública, se quer subverter. A subversão é que nos obriga a pensar o avesso deste sentido tradicional de método, de tal forma a considerar doravante uma meta que se constrói no próprio caminhar. Assim, sem um *a priori* que confere ao mais além o valor de fim a ser alcançado, o caminho torna-se, então, um ato de produção de si na ação infinitiva do caminhar.

Se é assim, se a Saúde Pública se faz por um caminhar, é porque sabemos que nossas práticas não podem cumprir sua tarefa sem colocar-se em questão, analisando-se enquanto lugar determinado, enquanto especialismo disciplinar. Nesse sentido, a Saúde Pública se faz sempre em um plano de ação transdisciplinar, estando nos trânsitos por entre as disciplinas, nas

interfaces entre a Psicologia, a Medicina, a Terapia Ocupacional, a Fonoaudiologia, a Fisioterapia, a Enfermagem, dentre outras disciplinas do campo da Saúde, assim como nas interfaces destas disciplinas com a Filosofia, com a Arte, com a Política. Mas estar nesse movimento da Psicologia para fora de si não é jogá-la no mato ou no lixo, mas no mundo. E ali permitir que ela esteja no limite de si mesma, podendo arguir-se enquanto lugar onde algo se passa. Onde se passa o trabalho do psicólogo? Passa-se no gabinete? Passa-se na rua? Passa-se nas instituições? Falsas questões que só nos iludem com esta preocupação tópica. Melhor perguntar: o que se passa quando estamos engajados em nossas ações?

Se a meta não é prévia ao caminhar, o que nos guia? Qual é o método da Psicologia em sua interface com as Políticas Públicas de Saúde? A aposta é na anterioridade do transformar por relação ao conhecer. Daí esta reversão paradoxal que, metodologicamente, faz o caminhar anteceder qualquer meta a ser alcançada. Por isso um *hodos-meta*. O que nos guia quando o fazer não é antecedido pelo conhecer? Qual é o guia? Falamos de guia e não de prescrição, como se diz de um guia de cego que não define para onde ele vai, que não dá o sentido, que é sempre o do cego, mas faz realizar a direção já em curso às cegas, tateante como é sempre nossa ação antes de podermos juntos, em comunidade, conhecê-la, pois o “saber-fazer” só se transmuta em “fazer-saber” pela ação partilha da experiência. É esse o mérito desse livro.

Vamos às cegas, mas com rigor metodológico, pois estamos forçados a pensar as condições de possibilidade para o exercício crítico do psicólogo quando lançados no movimento, quando não estamos mais exatamente onde supúnhamos dever estar, quando nos deslocamos e, assim, deslocalizamos nossa prática, evidenciando sua dimensão pública. Sim, a Psicologia em sua relação com a Saúde Pública é ela também pública, já que só podemos nos engajar radicalmente nela se abrimos mão de nossas propriedades: meu suposto saber, meu lugar de trabalho, meu especialismo. Eis, então, o desafio de uma experiência que é crítica das propriedades de si e, por isso mesmo, coletiva ou pública. É preciso fazer da prática do psicólogo um dispositivo que opere no, por, com, entre, para, através do público. É preciso entender essa relação não substantiva, mas prepositiva entre Psicologia e público. Relação prepositiva porque supõe todas as conjugações possíveis entre os termos que se distinguem, mas não se separam.

Há um equívoco, no entanto, que nos ronda quando estamos nessas aventuras transdisciplinares: o perigo de, em nos desviando dos lugares disciplinares, tomar esse desvio como sendo contra a Psicologia, um desvio para o exterior dela porque na direção de outra coisa, quando, diferentemente, podemos entender que esse desviar da Psicologia é a Psicologia ela mesma se refazendo.

Propor este debate na Psicologia brasileira em 2015 não é trivial. Vivemos um momento de nossa experiência comum em que fomos tomados por um forte vetor de mobilização social e de reposicionamento político da sociedade brasileira. Desde as mobilizações populares a partir de junho de 2013, passando pela polarização do debate político partidário nas eleições de 2014, há um importante aquecimento político que nos força a recolocar em bases mais seguras a relação da Psicologia com as Políticas Públicas.

Na Psicologia, não estamos alheios a esta paisagem social que se altera. O desenvolvimento teórico-tecnológico que orienta o trabalho do psicólogo deve estar associado ao desenvolvimento social ou ao enfrentamento dos desafios colocados pela sociedade em que vivemos.

Desde sempre o trabalho da Psicologia esteve associado ao tema do compromisso social do psicólogo. Dos anos 1970 aos 1990 tal compromisso “passa de tema a lema”, como disse Osvaldo Yamamoto¹, se referindo a esta atitude crítica que já se inicia nos anos 1970 quando Sylvia Leser de Mello², dentre outros, coloca em questão a prática do psicólogo como “atividade de luxo”.

É marca característica da Psicologia a atitude crítica na dupla acepção da palavra: arguição crítica das instituições, aí compreendida a própria instituição da Psicologia e a experiência de crise do instituído. A Psicologia trabalha com a crise. É marca característica da Psicologia a atitude crítica na dupla acepção da palavra: arguição crítica das instituições, aí compreendida a própria instituição da Psicologia e a experiência de crise do instituído, o que faz da Psicologia um saber sem a estabilidade de uma

1 Políticas sociais, “terceiro setor” e “compromisso social”: perspectivas e limites do trabalho do psicólogo. *Psicologia e Sociedade*, v. 19, ano 1, jan/abr 2007,

2 Psicologia e profissão em São Paulo. São Paulo: Ática, 1975.

“ciência normal” unificada por um paradigma, na acepção dada por Thomas Kuhn³ às revoluções científicas. Desde sempre a Psicologia brasileira problematiza sua institucionalização como saber e tecnologia, como teoria e prática inseridas em uma realidade, corporificadas em intervenções concretas que produzem efeitos sobre o mundo em que vivemos.

Pensar a interface Psicologia e Políticas Públicas de Saúde nos leva a considerar o sentido mais amplo do caráter público da Psicologia: público não no sentido estrito do que é relativo ao estatal, mas no sentido mais amplo, republicano, daquilo que se capilariza na sociedade para pôr em questão as formas instituídas e fomentar os processos instituintes, que se integra à realidade social para renovar movimentos e que se articula com as políticas públicas, isto é, políticas universais porque políticas para qualquer um.

Garante-se a dimensão pública da Psicologia a partir do desenvolvimento de metodologias de participação nas suas práticas. Um sentido de inserção pública da Psicologia diz respeito à participação nos processos em que ela se engaja. A prática é participativa quando inclui o ponto de vista dos diferentes atores envolvidos, garantindo o protagonismo dos sujeitos implicados. Conduzir uma prática participativa é tomar a intervenção *não como ação de um sujeito* sobre um objeto, mas estabelecer outra relação entre sujeito e objeto que se faz na ação de produzir com, ou coproduzir.

Essa é a direção para uma Psicologia pública que se inscreve e se solidariza ao projeto democratizante do SUS. Os textos desse livro nos guiam pelos diferentes campos de atuação do psicólogo implicado na prática de produção de *Saúde Pública*. *Não se trata propriamente de um convite, mas de uma explicitação do que pode ser feito e, mais, do que tem sido feito. Temos a nosso favor experiências* exitosas que nos indicam que há um caminho sendo percorrido.

Eduardo Henrique Passos Pereira é Professor titular do Instituto de Psicologia da Universidade Federal Fluminense. Psicólogo (UFRJ), Mestre em Psicologia Clínica (PUC-Rio) e Doutor em Psicologia (UFRJ). Pesquisador de políticas de saúde, método da cartografia, cognição e subjetividade.

3 A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva, 1987.

Agradecimentos

Acreditamos que ninguém pode caminhar sozinho... Ao chegar à conclusão de uma obra como essa, como não olhar para cada sorriso, cada pergunta, cada abraço e cada mão que ajudou nessa construção?

Esse livro foi feito assim...da vontade, do desejo e da inquietação de estudantes, docentes e profissionais que fazem da saúde uma aposta na potência da vida. Que acreditam no compartilhar como caminho que multiplica e fortalece. Obrigada a todos os autores, parceiros nesse desejo de contribuir com reflexões, ideias, experiências e inquietações. Obrigada a Luisa Baiocchi que compartilhou conosco do sonho de transformar nossas conversas e inquietações em um livro.

Nosso agradecimento especial vai aos componentes do *Integra: Grupo de Estudos, Intervenção e Educação em Psicologia, Cronicidades e Políticas Públicas em Saúde*. Queridos Rebeca Torquato, Amanda Rigaud, Lucas Lara, Brenda Veras, Laura Cardoso, Marina Nobre, Nagy Sardinha, Daniel Gomes, Lara Percílio, Veruska Vasconcelos e Alan Cavalcante, obrigada pelo esforço na organização do evento que possibilitou a semente deste trabalho, pelas inúmeras horas de transcrições e principalmente pelos sorrisos que aqueceram nossos corações ao longo desse caminho. Obrigada aos recém “Integrados” Amanda Setúbal, Ludmila Alkmim, Felipe Baère e Alan Cavalcante que agregam, contribuem e ajudam a manter o desejo em melhorar nossa realidade. E, falando em integração e movimento, agradecemos à Viviane Valente, que carinhosamente nos presenteou com a mandala que usamos na capa para simbolizar estes aspectos que motivam o nosso trabalho.

Obrigada à Editora Rede Unida por acolher nosso desejo de forma tão generosa... nos ajudando a dar contorno, forma e concretude a esse sonho coletivo. Obrigada principalmente por realizar nosso sonho maior de poder compartilhar nossas ideias com outros pares, contribuir para reflexões e para a construção de uma prática mais potente e mais comprometida com SER humano na saúde.

Agradecemos de forma carinhosa ao Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim...

acolhimento, apoio e tessituras de uma rede de afetos e possibilidades.

Por último, sem ser menos importante, um imenso OBRIGADA aos meus companheiros nessa jornada desafiadora... Amanda Vaz, Pérolla Goulart e Victor Wichrowski... Caminhar com vocês faz tudo mais leve, alegre e iluminado. Obrigada pela confiança, pelos muitos sorrisos, abraços e “vamos lá”! Obrigada pela dedicação, pela energia, compromisso, cuidado, carinho e motivação em cada etapa da construção deste trabalho. Vocês deram mais sentido a minha aposta docente e reafirmaram a beleza dessa escolha. Sem vocês não haveria a semente e nem os frutos deste livro. Gratidão profunda!

Larissa Polejack

Apresentação

Ao se falar em Psicologia e Saúde, é bastante recorrente apresentar de início a clássica definição de “Psicologia da Saúde” de Joseph Matarazzo, que a caracteriza como:

um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia, utilizadas para a promoção e manutenção da saúde, a prevenção e tratamento de enfermidades, bem como a identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, das enfermidades e disfunções associadas, além do melhoramento dos sistemas sanitários e a formulação de políticas de saúde. (MATARAZZO, 1980 APUD CALVETTI et al., 2007, p. 707).

O que se observa já nesta definição é a presença da interação entre Psicologia e políticas públicas em Saúde e a necessidade do Psicólogo da Saúde se aproximar deste tema como campo de pesquisas e intervenções. Entretanto, esta relação ainda é pouco explorada, especialmente em função dos desafios e das demandas existentes, a nível micro e macro, nos diferentes cenários que vivenciamos atualmente. Na realidade brasileira, em que a Saúde, por determinação constitucional, é responsabilidade do Estado e, portanto, fruto de processos de decisões e de ações marcados por interesses públicos e políticos, é possível afirmar que não é apenas um direito da Psicologia, mas também seu dever cidadão, participar da discussão, da construção, da implementação, da intervenção e do monitoramento e avaliação em políticas públicas de Saúde. Esta atuação deve se somar às vozes das demais áreas que compõem esse âmbito, incluindo outras Ciências da Saúde (Saúde Coletiva, Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, entre outras), Ciências Humanas (Direito, Assistência Social, Antropologia, Sociologia, Arquitetura, para citar algumas), Ciências da Tecnologia (engenharias diversas), além, claro, da participação popular.

Desta maneira, no intuito de promover reflexões críticas, de tecer contribuições substanciais e de dar visibilidade a práticas concernentes à partici-

pação da Psicologia em políticas públicas, em especial às que se relacionam com o Sistema Único de Saúde (SUS), este livro foi produzido. Ele surgiu como desdobramento de uma série de propostas de um grupo de estudantes da Universidade de Brasília (UnB), ativamente acompanhados e carinhosamente motivados pela professora Larissa Polejack, cujo interesse no tema era maior do que somente ler sobre o assunto e discuti-lo em sala de aula: os desejos eram vivenciar o campo, e, a partir daí, agir proativamente na promoção de oportunidades de trocas de saberes e de fazeres na área. Assim, a partir do envolvimento de estudantes e docentes, foi realizado o “I Encontro de Psicologia e Políticas Públicas em Saúde: Experiências, Reflexões e Interfaces”, nos dias dois e três de dezembro de 2013.

O evento foi organizado mediante a demanda de estudantes, de professores e de profissionais da Psicologia interessados em construir um lugar para o compartilhamento de vivências, o fomento de discussões e a elaboração de práticas condizentes com os princípios e as diretrizes do SUS. Neste sentido, o Encontro teve como meta a inserção de seus participantes, por meio de rodas de conversa, em um âmbito diferenciado de pensamento e de atuação enquanto atores dos contextos de Saúde refletindo acerca dos papéis do psicólogo, como parte de uma equipe, nos diferentes níveis de atenção em Saúde. Foi priorizada a troca de experiências entre a realidade vivenciada nos serviços locais (Distrito Federal) do SUS e as ações governamentais planejadas e geridas pela Secretaria de Saúde e/ou Ministério da Saúde.

O interesse dos estudantes também contribuiu para a estruturação do *Integra: Grupo de Estudos, Intervenção e Educação em Psicologia, Cronidades e Políticas Públicas em Saúde*, vinculado ao Departamento de Psicologia Clínica, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Um dos objetivos do “Integra” é atuar como espaço de reflexão sobre o papel da Psicologia como ciência e profissão, de forma articulada com outras áreas de saber, e implicada no ensino na saúde e na formulação e implementação de políticas públicas em saúde por meio de pesquisas e ofertas de processos formativos para estudantes de graduação, pós-graduação e profissionais da rede de saúde. A partir dos diálogos e das pontes que o Encontro possibilitou, e com a intenção de gerar frutos concretos que contribuíssem com a área, decidiu-se organizar esta publicação, visando aumentar a atenção para o tema e, com isso, colaborar no processo de

elaboração de novas políticas e também de revisão de algumas já vigentes. Com este propósito, foram feitos os convites aos autores para a composição da obra: parte dos autores, inclusive, participou do “I Encontro de Psicologia e Políticas Públicas”, enquanto outra parcela foi composta por profissionais e pesquisadores que também possuem significativa *expertise* no assunto.

A disposição dos capítulos foi pensada com a finalidade de conduzir a leitura pelos seguintes passos:

a) *Encontrando caminhos*: uma introdução mais abrangente e teórica do posicionamento da Psicologia nas políticas públicas em geral, adentrando então a Saúde, as relações historicamente construídas nesta esfera e conceitos que podem auxiliar na compreensão e aprofundamento neste tema;

b) *Cenários e aprendizagens: o caminho se faz ao caminhar*: um percurso de contextualização de políticas públicas em Saúde já existentes e/ou sugestões de campos que ainda podem ser contemplados, contando com textos que falam da articulação necessária entre a Atenção Básica e Saúde Mental, buscando discutir os potenciais e as realidades de inserção dos psicólogos, tanto na prática dos serviços, quanto na concepção e na implantação das políticas

c) *Psicologia e as políticas públicas em saúde: práticas e saberes para o SUS*: são apresentadas e discutidas outras Políticas fundamentais para fortalecimento do SUS tendo como olhar as particularidades, as experiências, os processos de estruturação e de fortalecimento da Psicologia desde a produção científica até a implementação das ações. Todo o livro busca apresentar como discussão transversal, as conquistas na atuação, os possíveis desafios e também as demandas que se colocam para a ampliação da inserção da Psicologia nas políticas públicas em Saúde a partir de experiências e reflexões de profissionais comprometidos com o SUS.

Resta somente desejar a todos uma agradável leitura, na sincera vontade de que este livro possa inquietar, promover novas reflexões e novos debates acerca da Psicologia nas políticas públicas em Saúde. Esperamos fortalecer as articulações com outras áreas do saber, ampliar a inserção de novos profissionais e contribuir para o desabrochar de conhecimentos e de intervenções. Desejamos ver as políticas públicas em Saúde cada vez mais

coerentes com as necessidades dos sujeitos e fortalecendo o Sistema Único de Saúde. Almejamos que esta nossa contribuição seja útil para que a Psicologia seja ainda mais protagonista neste processo de melhoramento dos sistemas de saúde, cumprindo com o seu compromisso ético e profissional de garantia de direitos e melhoria da qualidade de vida.

Boa leitura! Bom caminho! Bom trabalho!

Equipe organizadora

Referências

CALVETTI, P et al. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 27, n. 4, p. 706-17, 2007.



EIXO 1

ENCONTRANDO CAMINHOS

1. ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE: CAMINHOS, DESAFIOS E POSSIBILIDADES

Larissa Polejack

Márcia Landini Totugui

Pérolla Melo Goulart Gomes

Maria Inês Gandolfo Conceição

A Psicologia, enquanto ciência e profissão, tem sido convidada a responder a vários desafios na atualidade. Um deles é contribuir de forma mais ativa em políticas públicas; isto significa compreender as relações que se estabelecem neste cenário de forças e de interesses, e também saber identificar demandas e possibilidades em sistemas complexos que são movidos por diferentes empenhos e intersubjetividades. Esta conjuntura torna este contexto extremamente rico para a contribuição das diferentes áreas do saber e do fazer psicológicos: a partir desta compreensão, o presente capítulo pretende abordar o encontro da Psicologia, enquanto campo de conhecimento e como forma de atuação, com as políticas públicas, especificamente as de Saúde, no Brasil. Assim, é abordada neste texto uma trajetória complexa, que envolve aspectos epistemológicos, históricos, políticos, sociais e, inclusive, acerca do processo formativo de psicólogos no cenário destas políticas. São trazidos conceitos e panoramas acerca do percurso de surgimento e de construção das políticas públicas brasileiras de Saúde, em consonância com a discussão do lugar da Psicologia, e de suas referências e seus métodos neste âmbito. Além de diversas publicações técnicas e científicas, foram consultados relatórios resultantes de várias versões do *Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas*, realizados pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas – Crepop, do Conselho Federal de Psicologia – CFP, e pelo Sistema de Conselhos de Psicologia.

Definições e Atribuições das Políticas Públicas: Um Percorso Histórico Global

As políticas públicas começaram a ganhar espaço no mundo na segunda metade do século XX, após a II Guerra Mundial. O novo cenário econômico e político gerou uma maior intervenção do Estado na tentativa de garantir o “bem-estar social”: à época, foi vista no Ente Público a representação da democracia, compreendida como a melhor resposta à opressão e à violência observadas na Grande Guerra. Os governos democráticos seriam, então, a instância responsável por prover as necessidades de todos, garantindo a cada pessoa que suas demandas fundamentais, e também as que lhes concedem a melhor qualidade de vida possível, estariam asseguradas – neste movimento, é possível vislumbrar o surgimento e a expansão do que hoje chamamos Direitos Humanos, especialmente no que tange aos direitos básicos, sociais, econômicos e políticos. Na área da Saúde, esta busca foi bastante significativa, principalmente tendo em vista o impacto negativo quando da divulgação dos experimentos nazistas: estes eventos fomentaram grandes avanços em equipamentos, em insumos e em técnicas de intervenção curativa, mas evocaram profundos debates no campo da Ética. Já na década de 1970, o diálogo envolvia uma abordagem mais humanizada e multifatorial da Saúde, envolvendo reflexões de toda a parte ocidental do globo. O fim do século XX demonstrou, de fato, grande crescimento e relevantes conquistas no campo da cidadania e dos direitos humanos.

A mobilização do Estado, enquanto representante destas realizações, exige compreender como se dá esta ação. O campo epistemológico das políticas públicas registra, nas últimas décadas, maior visibilidade e ampla base histórica e conceitual. Entretanto, não existe uma única, tampouco uma melhor definição de “políticas públicas”, tendo em vista que, ao mesmo tempo em que este campo se constitui em espaço de conhecimento, é também um meio de ação efetiva.

De modo geral, podemos compreender políticas públicas como ações, programas, projetos, regulamentações, leis e normas que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais equitativa os diferentes interesses sociais. Assim, elas são a soma das atividades dos governos, que agem di-

retamente ou por delegação (FRANZESE, 2011); ou seja, o governo pode contar com parceiros para a promoção de políticas públicas sem, contudo, abrir mão do papel de condução, razão pela qual se pode utilizar também a definição de política pública como o “Estado em ação”. Mais do que a concatenação de medidas, estes dispositivos podem ser vistos como iniciativas político-administrativas construídas sobre determinada superfície social, condicionadas pelos contornos desta e dependentes de especificados modos de pensamento, de rotinas de ação e de estruturas que permeiam a sociedade (GARLAND, 2008, apud HADLER; GUARESCHI, 2010).

Do extenso inventário sobre as principais vertentes analíticas, importa mencionar o entendimento de que as políticas públicas são, segundo Heidemann (2010), as decisões e as ações do governo e de outros atores sociais que, uma vez implementadas, e em conjunto com o resultado de decisões e de ações de outros atores sociais, gera o desenvolvimento social. Vale destacar uma abordagem valorativa, imbuída das finalidades de consolidação da democracia, da justiça social, da manutenção do poder e da felicidade das pessoas, que trata as políticas públicas como um fluxo de decisões públicas, orientado a manter o equilíbrio social ou a introduzir desequilíbrios destinados a modificar esta realidade (SARAVIA, 2006).

No campo da Saúde Coletiva, alguns autores definem as políticas públicas como o “conjunto de ações coletivas realizadas pelo Estado e seus agentes, configuradas no compromisso público e na garantia de direitos sociais” (SOUSA; BASTOS, 2012), ou como o campo de conhecimento que busca, ao mesmo tempo, colocar o governo em ação e/ou analisar esta ação, bem como, quando necessário, propor mudanças no rumo ou no curso destas ações (SOUZA, 2006). Fagundes (2004, apud NASCIMENTO et al., 2004), com relevantes contribuições da Psicologia no movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira e na construção da Política Nacional de Saúde Mental, conceitua políticas públicas como ações, programas, projetos, regulamentações que o Estado desenvolve para administrar de maneira mais equitativa os diferentes interesses sociais, que abrangem e organizam a dimensão coletiva de uma determinada sociedade.

Portanto, é possível notar que a utilização do termo “políticas públicas” vem sendo desenvolvida em diferentes áreas de conhecimento e de atuação, e que sua definição é bastante aberta. Pode-se notar uma interdisciplinaridade intrínseca ao estudo, à construção, à implantação e ao desen-

volvimento das políticas públicas, uma vez que a resolução dos problemas da sociedade, naturalmente, envolve os mais diversos campos – como a Ciência Política, a Administração Pública, a Teoria das Organizações, os diferentes braços da Engenharia, a Psicologia, o Direito, a Sociologia, a Antropologia e a Economia, entre outros –, bem como a participação popular ativa na forma de sujeitos e de coletivos.

Psicologia e Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Trajetórias e Relações

No Brasil, as políticas públicas anteriores à Carta Magna de 1988 se caracterizaram, na sua maioria, por uma relevante ausência de planejamento e de visão sobre cidadania e direitos humanos. As primeiras leis sociais brasileiras surgiram no final do século XIX, quando as respostas às reivindicações populares visavam basicamente o encerramento de protestos e de greves. As políticas públicas brasileiras iniciais sobre proteção social, dado seu caráter isolado, tiveram origem no processo de industrialização, a partir das reivindicações sociais feitas pelo movimento operário grevista por direitos e por melhores condições de trabalho, para minimizar as distorções e as desigualdades sociais tão inerentes ao sistema capitalista (SOUSA; BASTOS, 2012).

As primeiras intervenções estatais em Saúde eram bastante limitadas, ocorrendo somente em casos graves que representavam risco de epidemia e/ou à economia; isso principalmente em função da visão e da atuação em Saúde da época, que a constituíam como abordagem curativa, pontual e higienista. Por muito tempo, esta compreensão permitiu um uso segregador e mesmo opressor da Saúde Pública, mas o processo de democracia integrou, ao longo do século passado, as idéias de participação e de conquista de direitos. Isto colocou as políticas públicas não mais como âmbito de mera intervenção estatal, mas sim como postura democrática de exercício do poder, com a participação de cidadãos, de instituições, de organizações e de movimentos sociais (GIOVANELLA et al., 2012). Atualmente, além das demandas trabalhistas, a elaboração das políticas públicas está presente nas várias áreas de gestão pública – Saúde, Educação, Assistência Social, Cultura, Esporte, Segurança, Moradia, Transporte, Transferência

de Renda, Segurança Alimentar, entre outras. Entretanto, foi somente com a Assembléia Nacional Constituinte que o princípio de universalização do acesso aos serviços de Saúde encontrou, pela primeira vez, assento prioritário na Constituição Cidadã.

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), no Título VIII (Da Ordem Social), Capítulo II (Da Seguridade Social), Seção II (Da Saúde), artigo 196, determina que “saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Sendo a saúde um direito universal de todos os brasileiros, para assegurá-lo e promovê-lo, as políticas públicas de Saúde são instituídas pela própria Constituição Federal, e devem estar legitimadas pela sociedade em seus diversos segmentos. Em todo o processo de construção da democracia brasileira, da promulgação da Constituição Federal de 1988 aos dias atuais, as políticas públicas de Saúde são construídas e instituídas a partir da interação Estado-sociedade, sendo prerrogativa da população o monitoramento de sua efetivação. Trata-se de um contexto político importante em que o Estado, conjugado com a demanda social, concretiza seus propósitos por meio de programas e de posicionamentos coletivos que assegurem, de forma difusa, direitos para determinado seguimento social, cultural, étnico ou econômico.

Assim, falar de políticas públicas de Saúde no Brasil significa retomar toda uma história comunitária, econômica, política e cultural que constitui a identidade subjetiva brasileira, compreendendo a evolução na linha de pensamento acerca do que é e o que deve ser a saúde. É preciso observar/atentar para como o desenvolvimento da sociedade ocidental moderna influencia e é influenciada por estas concepções. De certa forma, este exercício pode auxiliar em uma reflexão sobre a saúde do futuro, ao compreender que ela resulta daquilo que estamos construindo hoje enquanto serviços oferecidos, profissionais em atuação, cidadãos atendidos e, principalmente, enquanto “demandadores” de questões/“planejadores” em busca de resolução dos desafios que se apresentam para efetivação de políticas públicas coerentes com a garantia da cidadania e dos direitos humanos. Nesta linha, Fagundes (2004, apud NASCIMENTO et al., 2004) situa o Sistema Único de Saúde (SUS) como uma das políticas públicas

mais férteis para a superação de iniquidades do País, concebida no contexto histórico de democratização brasileira, tendo como protagonista o controle da sociedade sobre o Estado no exercício da cidadania e da autonomia. É na manutenção do SUS, nos seus programas e nas suas ações constituídos de propostas democratizantes, participativas e inclusivas, que são gerados múltiplos processos de subjetivação de pessoas discriminadas e/ou excluídas por questões de gênero, etnia, classe social e patologias. Sem dúvida alguma, a estruturação do SUS foi uma importante conquista social que deve ser valorizada e fortalecida por todos os profissionais que escolhem atuar na área da Saúde.

Partindo destas considerações, é possível constituir o movimento de interação entre a Psicologia e as políticas públicas brasileiras de Saúde. Segundo Gonçalves (2010), análises críticas da história da Psicologia no Brasil apontam fortes relações com o contexto histórico, demonstrando que o desenvolvimento da Psicologia responde a demandas produzidas historicamente, seja na predominância de determinadas abordagens teóricas, na escolha de métodos e instrumentos utilizados, ou nas práticas desenvolvidas em determinados setores; assim, percebem-se características diversas e momentos distintos neste percurso. Por um lado, é possível identificar momentos em que a atuação do psicólogo vincula-se ao compromisso com a normatização, com a adaptação e com a adequação dos indivíduos aos lugares sociais já existentes. Por outro lado, identifica-se uma proposta de ruptura com modelos de atuação tradicionais e uma busca de alternativas que coloquem a Psicologia a serviço da coletividade, com ações que visam maior posicionamento político, questionamento sobre a realidade e empreendimento de maior autonomia em relação ao Estado.

Por muitos anos, a atuação política do psicólogo esteve mais voltada para intervenções que individualizavam o sintoma e patologizavam as questões sociais, sendo estas ações descontextualizadas, superficiais, e desvinculadas da dimensão coletiva e política das pessoas que as procuravam. As décadas de 1960 e 70 ainda apresentaram de forma geral uma Psicologia elitista e institucionalizada, com limitados recursos para analisar e interpretar a cena institucional e política dos contextos de atuação. Na década de 1980, é possível reconhecer um movimento de aproximação com o compromisso social, percebido pela expansão de ações e de pesquisas voltadas para a comunidade, para os problemas sociais e para a neces-

cidade da Psicologia de se posicionar de forma mais ativa como ciência e profissão. Na década de 1990, começava a ficar claro que a Psicologia precisaria se recolocar socialmente, assumindo outra postura e reconhecendo a urgência de desenvolver um projeto que articulasse/organizasse a categoria e influísse na formação, na pesquisa e nos espaços de produção da área: seria o início do “Projeto de Compromisso Social da Psicologia”, calcado na militância em defesa das políticas sociais e visando fortalecer o exercício da vida pública e da cidadania (GONÇALVES, 2010).

A Constituição de 1988 (BRASIL, 1988) foi um marco para reconhecimento da cidadania e serviu de base para possibilidades de ampliação das práticas da Psicologia junto a grupos populacionais antes excluídos, abrindo uma série de novas questões, inclusive do ponto de vista formativo, para o exercício de novas intervenções e de sua reinvenção nos diversos espaços populacionais. Para o profissional, a reflexão passa a atravessar sua própria prática: pensar seu fazer político e seu lugar frente à sociedade, em defesa da cidadania e dos direitos humanos, se torna essencial à lida com a complexidade das realidades abraçadas neste movimento.

Pensando que esta trajetória ainda se configura de maneira vívida e substancial no atual cenário de formação e de trabalho em Psicologia, especialmente no que tange à ampliação e à multiplicidade de suas demandas de reformulação, cabe citar Guareschi (2014), que aponta que a Psicologia negou a si mesma, por muito tempo, a aproximação com aquilo que tem de mais valioso: o interesse político e afetivo, bem como a implicação ética para com o outro, para com o coletivo e para com o exercício imaterial da vida. Investiu-se muito mais em práticas técnicas de aplicação, muito diferente do que preconiza a política de saúde do SUS, o que traz a urgência de ressignificar a profissão na realidade contemporânea, e de conquistar maior abertura no campo transdisciplinar, especialmente na área da Saúde.

Psicologia e Políticas Públicas de Saúde no Brasil: Construindo Caminhos

O desenvolvimento das políticas públicas de Saúde nos últimos anos tem trazido de forma efetiva demandas, espaços e possibilidades para que a Psicologia promova as rupturas e as reordenações necessárias para

a reestruturação acima sinalizada, uma vez que a concepção histórica e política do SUS levou à necessidade de que os profissionais passassem a atuar como *tensionadores* de suas categorias, em direção à dissolução dos limites disciplinares e à promoção de práticas coletivas em rede como novo paradigma de trabalho para o século XXI. Esta nova organização da intervenção em Saúde, tendo a quebra e a descontinuidade como movimento de vida e de criação, precisaram e precisam vir à tona, assim como novas formas de ser e de pensar a saúde.

Para a Psicologia, muito mais que adaptar sua atuação, isto significa abandonar hábitos, sair do campo tradicional de intervenção, criar novos postos de trabalho e investir na construção de políticas de relações que valorem a vida e permitam o protagonismo (GUARESCHI, 2007). Afinal, se a Psicologia é parte das políticas públicas de Saúde, sua efetividade tem a ver com o lugar que as práticas psicológicas ocupam, e com seu projeto enquanto uma profissão de interesse social. Para Fagundes (2004, apud NASCIMENTO et al., 2004), tem sido crescente o avanço da Psicologia neste rumo, tendo em vista a formulação de propostas voltadas para a garantia da cidadania e dos direitos humanos na gestão de serviços, na formação vinculada a práticas públicas, na produção de conhecimentos, gestão de serviços, na promoção de saúde, na tessitura da atenção e do cuidado integrais, na criação de dispositivos de cuidados, e também no controle social, com participação nos conselhos de Saúde, nas audiências públicas, nos encontros e nas conferências setoriais. No IV Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas, foi reafirmado que o controle social se configura como um espaço potente de intervenção da Psicologia nas políticas públicas, pelo seu potencial transversalizador das práticas sociais e institucionais, capaz de contribuir para invenção de diferentes modos de vida.

Neste sentido, a complexidade dos fenômenos sobre que se debruça a Psicologia, e sua inserção nos vários programas e ações de Saúde na esfera pública, leva necessariamente ao desmonte de saberes e de *especialismos*, à suspensão de verdades e à articulação com a contradição, a incerteza e a incompletude. Pode-se tomar como base para a Saúde o destaque dado por Rauter (1995) na problematização da prática do psicólogo na rede pública, especialmente acerca da necessidade do profissional habitar o paradoxo de sua função, e de construir estratégias provisórias e singulares. A aposta no coletivo e no político implica no não-aprisionamento a uma mera identi-

dade profissional mobilizada para criação de mundos possíveis para si e para o outro. O fazer da Psicologia no SUS implica os problemas da subjetividade contemporânea, e a produção de subjetividade e de suas políticas. Sua prática deve orientar-se para o campo de interfaces disciplinares, de forma a romper com os modelos institucionalizados. É neste cenário que a relação da Psicologia com a esfera pública deve cada vez mais avançar, se fortalecer, e disponibilizar o conhecimento de suas práticas como referências na elaboração e na adesão às políticas de Saúde comprometidas com a garantia de direitos.

Ademais, cabe lembrar que a Psicologia da Saúde é uma área em franco desenvolvimento e tem apresentado uma contribuição muito importante para as políticas públicas. Talvez seja uma das áreas em maior expansão na Psicologia nos últimos anos, sendo possível identificar o aumento de psicólogos em vários níveis de atenção (SEIDL; MIYAZAKI, 2014). Esta área de atuação foi definida apenas em 1980 com um conjunto de “(...) contribuições profissionais, científicas e educacionais da Psicologia “para a promoção e a manutenção da saúde” (...), prevenção e tratamento de enfermidades, bem como a identificação dos correlatos etiológicos e diagnósticos da saúde, das enfermidades e disfunções associadas, *além do melhoramento dos sistemas sanitários e a formulação de políticas de saúde* (MATARAZZO, 1980 apud CALVETTI et al., 2007, p. 107. *Grifo nosso*).

A formulação da área já assume em sua constituição a necessidade do envolvimento do psicólogo em processos de elaboração e de implementação de políticas visando o fortalecimento de sistemas de Saúde. Fica clara a mudança na postura apresentada nas décadas anteriores, de busca pela neutralidade, em prol de uma postura política de intervenção direta na realidade por meio do compromisso com as políticas públicas. Ainda assim, são encontrados movimentos diferenciados mesmo dentro da Psicologia da Saúde.

De acordo com Teixeira (2004), o corpo teórico da Psicologia da Saúde engloba pelo menos duas vertentes diferentes:

- Perspectiva tradicional: modelo biopsicossocial, baseado em metodologias quantitativas, desenvolvendo pesquisas sobre comportamentos saudáveis e de risco, focalizando nos seus determinantes psicológicos e no

seu valor preditivo do comportamento para a saúde do indivíduo ou de grupos específicos;

- Perspectiva crítica: modelo fenomenológico-discursivo, que se desenvolve prioritariamente por meio de metodologias qualitativas, buscando pesquisar as significações relacionadas com a saúde e as doenças, focalizando nas experiências dos sujeitos. Procura compreender o processo saúde-doença e seus significados, relacionando-os com os contextos sociais e culturais em que ocorrem, utilizando uma perspectiva ecológica e comunitária.

Considerando o momento atual, em que se propõe a percepção humanizada de Saúde ainda em reconstrução da visão de patogênese, ambas vertentes supracitadas têm o papel de compreender o fator humano no âmbito da saúde de sujeitos e de coletividades. Mas frisamos que, a partir da concepção do modelo fenomenológico-discursivo, é possível expandir o fenômeno da Saúde como um construto contínuo que permeia a condição humana como um todo. Mori e González-Rey (2012) destacam a importância da compreensão da saúde como um processo se constitui pelo social, assim como pelas diferentes necessidades e pelos processos individuais que estão organizados nessa experiência; do mesmo modo, o adoecimento também é demarcado pelo social, privilegiando uma visão que integra os aspectos sociais e individuais, assim como recupera a pessoa na condição de sujeito. Desta forma, a reflexão sobre a saúde e a doença é tomada como vivência pública e privada ao mesmo tempo, fundamentando, com isto, a necessidade de um envolvimento que considere mais efetivamente as reais demandas dos sujeitos ao se formular, implementar, monitorar avaliar políticas públicas de Saúde.

Atrelando esta perspectiva à de Bernardes e Guareschi (2010) que afirmam que as práticas psicológicas constituem um *status* e um lugar na Saúde Pública mediante a elaboração de um projeto de investimentos biopolíticos, tornando o profissional psicólogo um elemento constitutivo do que se elabora como público, é significativa a metamorfose que se oferece como necessária à Psicologia em seu pertencimento às políticas públicas de Saúde: isto institui a necessidade da superação das duas fronteiras em que o campo usualmente se estrutura, o “dentro” (mental/psíquico) e o “fora” (ambiente/sociedade). É do diálogo entre estes espaços, para

a construção de uma esfera comum e diversa, que está uma das grandes contribuições que a Psicologia traz, na medida em que auxilia no processo de compreensão do mundo do outro por meio de uma escuta atenta aos sujeitos em relação, fortalecendo construções coletivas e permeadas de sentidos. Em Saúde, as práticas psicológicas permitem operacionalizar outra ordem de fronteira entre o público e o privado, e o profissional da Psicologia precisa estar disponível para estabelecer pontes e tecer vínculos. Em adição, Dimenstein (2001) pontua que é neste contexto que as questões relativas ao protagonismo de atores sociais se tornam ainda mais importantes, pois se considera que a modificação do modelo assistencial hegemônico e a melhoria real no atendimento à saúde passam necessariamente pelo desenvolvimento de estratégias mais próximas da população, das suas necessidades e das suas prioridades.

Diante disto, parece-nos importante ampliar o desenvolvimento de pesquisas e produção científica que espelhem o crescente interesse pela atuação do psicólogo da saúde no eixo de intervenção voltado para o melhoramento do sistema de saúde e formulação de Políticas Públicas (BENEVIDES, 2005; DIMENSTEIN, 2001; GONÇALVES, 2010). Na nossa visão, uma das estratégias para este fortalecimento é a articulação da Psicologia com a Saúde Coletiva e a ampliação do conhecimento dos psicólogos sobre Saúde Pública e Sistemas de Saúde, compreendendo o funcionamento de tais sistemas e as potencialidades das políticas públicas. Da mesma forma apontamos como vitais a reestruturação curricular em termos ético e político, buscando fortalecer uma formação não prescritiva e domesticadora das subjetividades, menos descritiva e *psiquiatrizada*.

Neste sentido, com um olhar ampliado sobre Saúde, Nunes (2012) ressalta a importância de assumir que esta passa por uma construção social e histórica e que, portanto, depende de valores; ou seja, é resultante da assunção e da luta de alguns valores contra outros. Assim, é preciso investir não somente na dimensão corporal dos sujeitos conforme a tradição de responsabilidade governamental da Saúde Pública (vacinação, por exemplo), mas também pensá-los como cidadãos de direitos e donos de uma capacidade crítica de reflexão e de eleição mais autônoma de modos de levar a vida – conforme preconiza a visão da Saúde Coletiva em sua trajetória de fenômeno social e continuamente construído, já que tem como pilar a compreensão de que os sujeitos são fundamentais atores dos movimentos

comunitários. Portanto, quando objetivada pelo público, a saúde corresponde a um conjunto de práticas de cuidados de si que é intrinsecamente um exercício político – redefinindo em todos os setores, e inclusive para a Psicologia, as noções e as relações dentro/fora, individual/coletivo, e governamental/comunitário-social –, sendo que a autonomia e o protagonismo são então, por excelência, os objetivos principais da elaboração, da gestão e do trabalho em Saúde (CAMPOS, 2008; CAMPOS; CAMPOS, 2012).

De acordo com Dimenstein (2001), identificamos a articulação da Psicologia com Saúde Coletiva como um campo rico, vasto e promissor que convida a Psicologia a uma ampliação de sua visão de sujeito “índivíduo universal” para um sujeito histórico-cultural e em relação. Trata-se principalmente da transformação dos próprios profissionais em agentes de mudança a partir de um compromisso social perante o ideário do sistema de Saúde e seus usuários. Para tanto, é preciso partir de uma nova compreensão das relações entre Estado e sociedade, em que se torna mais visível a presença de uma diversidade de atores, cada qual com interesses e projetos próprios; assim, na medida em que cada sujeito passa a ser ativo e corresponsável pelos rumos tomados pela Saúde no País, é possível estabelecer um maior controle público sobre a assistência prestada à população. A autora destaca ainda que esta tomada de posição envolve uma decisão por parte de um Sujeito/Ator Social e ocorre no plano das ações, da realidade concreta. Isso quer dizer, por sua vez, que “a primeira condição para que um ser possa assumir um ato comprometido está em ser capaz de agir e refletir” (FREIRE, apud DIMENSTEIN, 2001, p. 59), chamando a atenção para a mudança necessária na formação do profissional de Psicologia; é preciso abandonar a ideia de neutralidade, assumindo-se como um agente político que opera em favor da garantia dos direitos humanos.

Esta tomada de posição envolve decisões por parte dos sujeitos/atores sociais e ocorre no plano das ações. Zurba (2011) destaca que o fazer psicológico na perspectiva da Saúde necessita considerar os princípios do SUS, que são: universalidade, equidade e integralidade. Esta perspectiva demanda a compreensão do processo de atendimento e de cuidado que, no SUS, expressa-se principalmente pela noção de rede de Saúde, e inclui a perspectiva do diálogo transdisciplinar entre a Atenção Básica e os níveis de atenção de média e de alta complexidade.

O percurso das práticas psicológicas empreendido nos últimos anos nas políticas públicas de Saúde aproximou a Psicologia do seu compromisso social, com importante presença na produção e na participação em movimentos de lutas sociais e políticas, como no campo da Luta Antimanicomial, da construção de serviços substitutivos, da relação saúde-trabalho enquanto prática social de análise e intervenção em Saúde, dentre outros, firmando significativas experiências em todo o Brasil. É incontestável que a Psicologia tem potencializado as articulações no campo da Atenção Básica, da Promoção de Saúde, da Saúde Mental; além de se co-responsabilizar na construção e na consolidação de práticas intersetoriais inclusivas e geradoras de cidadania e de cumprimento dos direitos humanos. Mas ainda há muito a avançar...

A Psicologia Atuando em Políticas Públicas de Saúde: Formação e Pertencimento

De acordo com Franzese (2011), para atuar em políticas públicas devem ser consideradas ao menos quatro etapas: formação de agenda, formulação da política, implementação das ações e avaliação. Cabe ao profissional da Psicologia atuar em todas as etapas: para o psicólogo, o campo das políticas públicas de Saúde é amplo, com diferentes modos de inserção no SUS. Da gestão em Saúde aos trabalhos de assistência, da organização de campanhas de Saúde e avaliação de seus indicadores à formação de lideranças comunitárias e de agentes de saúde, há espaço para o psicólogo na construção de agendas que sejam coerentes com as reais necessidades e demandas dos sujeitos e das coletividades. O psicólogo pode propor ações que fortaleçam vínculos e redes, dando vigor a fatores de proteção, melhorando a comunicação e potencializando o cuidado de profissionais e de usuários.

Entretanto, apesar de reconhecidas mudanças, ainda se visualizam profissionais que não sabem e/ou, muitas vezes, se recusam a interdisciplinar com seus próprios pares e com outras áreas no interior da política do SUS, construída sob o pilar da transdisciplinaridade e da horizontalidade nas ações. Se essa política preconiza e se processa inclusive no rompimento com as desigualdades sociais, acredita-se que as práticas do psicólogo

e seu compromisso social precisam se fazer presentes. Uma demarcação ética para esse protagonismo social tem sido muito bem estabelecida na área dos Direitos Humanos, no âmbito da Reforma Psiquiátrica, do SUS, dos direitos psicossociais dos usuários dos serviços, dentre outros. Neste ínterim, os profissionais da Psicologia enfrentam o grande desafio de re-dimensionamento de suas práticas: a necessidade é de complementação e de uma efetiva flexibilização das tecnologias para o desenvolvimento de saberes e de fazeres psicológicos condizentes com o campo. Desta forma, o diálogo das políticas públicas de Saúde com as questões e as limitações da Psicologia precisa estar atrelado à própria formação do psicólogo, que necessita urgentemente potencializar a inclusão do SUS no cotidiano dos estudantes desde cedo, bem como de temas como Cidadania, Direitos Humanos e Movimentos Sociais, ampliando também possibilidades de intervenção e de trabalho em equipe.

Kastrup (1999) aponta como alternativa para um novo estilo de fazer Psicologia a possibilidade de produzir, com os estudantes, uma política de invenção do aprender a aprender, em que o saber transmitido não se separa de repetidas problematizações, não se processa pelo imediatismo e pela instantaneidade, mas pelo movimento do tateio e da experimentação, da composição e da recomposição incessantes, até que se constitua a formação por outros modos de trabalho e de subjetivação. O psicólogo firma seu lugar como agente social, (des)/(re)construindo e sendo construído, na condição de aprendiz, durante o processo desta prática. Este paradigma de formação deve passar, necessariamente, pela gestão compartilhada em Saúde com gestores, trabalhadores e usuários do SUS. É justamente este cenário de movimento e de transformação que coloca a Psicologia frente aos desafios e às demandas do SUS, colaborando, de diversas formas e espaços, para sua consolidação e para seu desenvolvimento, e capacitando o psicólogo, inclusive, a estar disponível e ser capaz de contribuir para a melhoria de políticas já existentes, e para a formulação e a implantação de novas políticas (BÖING; CREPALDI, 2010).

É preciso ressaltar que, em larga escala, as ferramentas de trabalho (teóricas e técnicas) enfatizadas na formação acadêmica em Psicologia ainda se apresentam limitadas para esta atuação, reflexo de antigos conceitos e de antigas formas de intervenção, como já descrito, que foram criadas e se desenvolveram no trabalho com a camada alta da população. Valores

e formas de pensar e viver a realidade social, muitas vezes, são muito diferentes da forma com que a população encara a vida. Há que se indagar, defronte a este horizonte formativo, qual a pertinência da utilização de determinados escopos teóricos-metodológicos, de determinados conceitos e de determinadas práticas terapêuticas, para dar visibilidade à realidade dos sujeitos e às suas demandas (BOCK, 2012). Assim, é relevante ressaltar a importância da criação e do desenvolvimento de espaços de aprendizagem, de pesquisa e de produção científica que espelhem o crescente pertencimento do psicólogo ao SUS (BENEVIDES, 2005; DIMENSTEIN, 2001; GONÇALVES, 2010); espaços estes que funcionem, também, como norteadores de uma profunda reformar curricular, inserindo na formação, por excelência e não por exceção, o adentramento das políticas públicas de Saúde pela Psicologia.

Tendo sido sublinhada a necessidade de discutir e de reformular os lugares da formação, é crucial também considerar que muito se discute acerca de que outros lugares a Psicologia tem ocupado na configuração das políticas públicas de Saúde, levando em consideração sua presença nos serviços de saúde, nas secretarias, nos conselhos e nas supervisões (NASCIMENTO et al., 2001). É possível perceber, por estas dinâmicas, que estar no campo das políticas públicas de Saúde é estar imerso em um espaço de conflitos, avanços e retrocessos; contudo, a Psicologia tem conseguido fomentar e manter a discussão sobre a questão coletiva, tanto nas áreas de atuação, quanto na ampliação desta pauta para as dimensões ética e política em que está implicada. Exemplos disto são a participação integrada da Psicologia no desenvolvimento e na consolidação de processos inclusivos em variados serviços do SUS, e também seu trabalho na tessitura de vínculos necessários à fluidez e à eficácia da rede de Saúde e à co-criação dos espaços de Saúde entre gestores, profissionais e usuários em todos os níveis de atenção e de cuidado. Ademais, é pertinente enfatizar as contribuições da Psicologia nas políticas que agem com base na Redução de Danos e também na Atenção Básica, pelo Apoio Matricial.

O tema da inclusão, de modo geral, ganha cada vez mais expressão na realidade do País, determinando a elaboração e a implementação de políticas públicas de Saúde com a perspectiva de engajamento nos espaços sociais e na vida comunitária de sujeitos que, pela condição particular da sua constituição física, psíquica ou social, eram submetidos a destinos

como a internação em instituições totais ou a submissão a confinamento doméstico. No modelo da clínica ampliada, que será abordado em outros capítulos, posto pelas atuais políticas públicas de Saúde, o deslocamento do espaço fechado das instituições para o contexto aberto da cidade incide sobre a atuação do psicólogo em uma ampla gama de situações, gerando demandas que ultrapassam as estratégias da Saúde, com alcance no campo das políticas sociais, das políticas de Educação, de Cultura e de Trabalho. Assim, fica claro como a Psicologia tem a possibilidade de assumir papéis estratégicos na elaboração e no fazer da rede: na assistência direta e na regulação dos serviços de Saúde, no trabalho em conjunto na Atenção Básica com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, a Psicologia tem como contribuir na articulação de recursos existentes de teias inter-setoriais, como nas parcerias com a Assistência Social, a Educação, as cooperativas de trabalho, as escolas, dentre outras. A Psicologia também é chamada a assumir um espaço de cuidado nas ruas e fora das instituições formais, repensando relações, preconceitos e estratégias de vinculação e de promoção de saúde, comprometendo-se com os princípios do SUS em sua multiplicidade de formas de busca de garantia de acesso à saúde, e também em seu reconhecimento das necessidades dos sujeitos e das coletividades e, assim, deixando cada vez mais de se identificar com a faceta legitimadora da normatização e repressora das singularidades que um dia compôs seu principal modelo de pensamento e de ação.

No cenário da promoção da saúde, as práticas da Psicologia são importante espaço de promoção e manutenção da saúde, de prevenção e tratamento das doenças, tendo implicação direta com a percepção que se tem de saúde. Cabe esclarecer que Promoção da Saúde está envolvida em um processo de habilitação da comunidade, que transcende a concepção de prevenção e visa a fusão da saúde e bem-estar em geral. Suas estratégias visam melhores condições de vida biopsicossociais, e a responsabilidade pela busca do bem-estar universal deve ser dos diversos setores da política.

A Psicologia pode se inserir na Política de Promoção da Saúde pela via do cuidado, da humanização e da qualificação da atenção à saúde, pela sua ligação à prática educativa. O SUS preconiza as ações de tal política como aquelas orientadas para a melhoria da qualidade de vida. No âmbito da Atenção Básica, essas ações muitas vezes ficam a cargo dos profissio-

nais psicólogos, e devem buscar a autonomia dos sujeitos e das coletividades, procurar estabelecer possibilidades crescentes de saídas coletivas e solidárias para problemas que também são coletivos. Nesse sentido, essas ações visam à melhoria das condições de vida, e se sustentam pela articulação intersetorial e a consecução do direito à saúde.

Vale frisar que, dentre outros lugares nas políticas públicas de Saúde, a Psicologia marcou e marca seu lugar na construção e na consolidação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, a partir da diretriz da Redução de Danos (RD), nos vários patamares de intervenção – primário, secundário e terciário – em programas e em ações voltados para a prevenção de riscos e de danos sociais e à saúde, bem como na Política Nacional de Promoção da Saúde. A importância da Psicologia está presente na própria história da Redução de Danos no Brasil, na desconstrução de preconceitos e de engessamentos, no desmonte de relações de poder, no trabalho de reflexão, nos atos simbólicos envolvidos, na produção de discursos democráticos e de garantia de direitos dos sujeitos – inclusive o de continuar o uso –, enfim, todo um universo sobre que a ciência psicológica tem muito a dizer.

A Psicologia, em seu novo estilo de pensar e de se relacionar com o usuário de drogas, faz relevante presença na Redução de Danos enquanto diretriz de trabalho nas políticas públicas sobre drogas na Saúde, seja no aspecto da prevenção e da educação para a saúde, seja no aspecto político. Ao assumir seu lugar como redutor de danos, tanto no espaço institucional – nos CAPS ad, nos hospitais gerais, nas Unidades de Acolhimento – quanto na rua – em conjunto com os Consultórios na Rua da Atenção Básica ou com outras equipes de abordagem social – o psicólogo proporciona à pessoa em abuso de drogas experiências de valores, antes distantes de sua realidade; oferece um espaço de atenção e de cuidados integrais, de inserção social, de exercício político e de novas formas de estar no mundo, mesmo com a continuidade do uso. Sendo a Redução de Danos uma abordagem baseada na aceitação e na empatia, é amplo seu encontro com a Psicologia ao lidar com o sofrimento físico, psíquico e social.

Além da Redução de Danos, outro campo de inserção que tem-se constituído para o psicólogo é o Apoio Matricial às equipes de Saúde da Família na cobertura da Atenção Básica. Este contexto abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o trata-

mento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2012), empreendendo ações integrais com a função de organizar todo o sistema de Saúde. Desta forma, a partir do conhecimento e da prática transdisciplinares, bem como da participação ativa dos usuários e, portanto, a partir de uma atuação amplamente amparada nas implicações sociais do/no território em que ocorre, o princípio da integralidade do SUS convoca novos atores, e torna imprescindíveis ao primeiro nível de atenção equipes interdisciplinares que desenvolvam ações intersetoriais, segundo Böing e Crepaldi (2010), a partir da revisão de diversos autores.

Cabe lembrar que a atuação da Psicologia não se restringe apenas às práticas clínicas, mas abarca todas as potencialidades que a atuação em Políticas públicas nos apresenta. É, portanto, fundamental contribuir ainda com o desenvolvimento de pesquisas e produção científica que espelhe o crescente interesse pela atuação do psicólogo da saúde no eixo de intervenção voltado para o melhoramento do sistema de saúde e formulação de Políticas Públicas (BENEVIDES, 2005; DIMENSTEIN, 2001; GONÇALVES, 2010).

Por fim, considerando que o psicólogo, em seu compromisso ético-político-social, orienta-se a participar e a intervir intensamente em diversos aspectos da relação consigo mesmo, com o outro, com o mundo e com a vida, torna-se claro que a relevância da Psicologia brasileira no século XXI depende de seu investimento na resignificação de seus papéis, e de sua disponibilidade em ocupar os espaços que se apresentam como demandas e como desafios para a produção de novos caminhos e de novos resultados para a contemporaneidade... Espaços estes que definitivamente se localizam, em parte, nas políticas públicas de Saúde. Fica aqui o desejo... Fica aqui o convite!

Referências

- BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.
- BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. F. Práticas psicológicas: enfrentamentos entre saúde pública e saúde coletiva. **Estudos de Psicologia**, v. 15, n. 3, p. 269-276, 2010.
- BOCK, A. M. B. Atuação profissional e formação do psicólogo: os desafios da modernidade. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 4, n. 1, p. 1-12, 1999.
- BOING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 20 Set. 2015.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- CALVETTI, P. Ü. et al. Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 706-707, 2007.
- CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, M. C. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 669-688.
- Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.
- DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 6, n. 2, 57-63, 2001.
- FRANZESE, R. Administração pública em contexto de mudança: desafios para o gestor de políticas públicas. In: IBÁÑEZ, N. et al. (Orgs.). **Política e Gestão em Saúde**. São Paulo: Hucitec, p 19-53, 2011.
- GIOVANELLA, L. et al.(Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2012. 1100p.
- GONÇALVES, M. G. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2010.
- GUARESCHI, N. (2014). **Psicologia, formação política e produção em saúde**. Rio Grande do Sul: EDIPUCRS, 2014.
- HEIDEMANN, F.G. Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento. In: HEIDEMANN, F. G.; SALM, J. F. (Orgs.). **Políticas públicas e desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise (2ª ed)**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2010.
- KASTRUP, V.A **invenção de si e do mundo: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição**. Campinas: Papirus, 1999.
- MORI, V.;GONZÁLEZ-REY, F. (2012). A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 14, n. 3, p. 140-152, 2012.
- NASCIMENTO, C. et al. **Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública**. Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul CRP 7, 2004. 148 p. Disponível em: <http://www.crprs.org.br/upload/edicao/arquivo15.pdf>. Acesso em nov 15 2015.

NASCIMENTO, C. et al. O psicólogo e as políticas públicas. **Jornal EntreLinhas**, Porto Alegre, v. 7, n. 6, 2001.

NUNES, E.D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W.S. et al. (Orgs.). Tratado da saúde coletiva. São Paulo: Hucitec, 2006. p.19-40.

HADLER, O. H.; GUARESCHI, N. M. F. Nas trilhas do sujeito jovem: entre práticas de institucionalização e políticas públicas. **Mnemosine**, v.6, n. 1, p. 19-40, 2010.

Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.

RAUTER, C. O psicólogo e sua inserção na área de saúde. **Revista do Departamento de Psicologia (UFF)**, v. 7, n. 2/3, p. 70-74, 1995.

SARAVIA, E. (2006). Introdução à teoria da política pública. In: SARAVIA, E.; FERNANDES, E. (Orgs.). **Políticas Públicas**. Brasília: ENAP, 2006. p. 21-42.

SEIDL, E.M.; MIYAZAKI, M.C. (2014). **Psicologia da Saúde**: pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas. Curitiba: Juruá.

SOUSA, R.C.; BASTOS, F.E. Política pública de saúde no Brasil: história e perspectivas do Sistema Único de Saúde – SUS. In: **VII Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e Inovação**. Palmas: IFTO, 2012.

SOUZA, C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, v. 8, n. 16, p. 20-45, 2006.

TEIXEIRA, J.L. Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica**, v. 3, n. 22, p. 441-448, 2004.

ZURBA, M. Contribuições da psicologia social para o psicólogo na saúde coletiva. **Psicologia e Sociedade**, v. 23, n. especial, p. 5-11, 2011.

2. A SUBJETIVIDADE SOCIAL NA INSTITUCIONALIZAÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Luiz Roberto Rodrigues Martins

Fernando Luís González Rey

Os paradigmas disciplinares que regem os campos da Psicologia e da Ciência Política, em suas perspectivas mais tradicionais, acabam por dificultar a aproximação teórica desses dois campos de produção de conhecimento. O desafio prático de relacionar subjetividade e política pública se insere na articulação que busca romper com a visão disciplinar de ciência para incorporar argumentos que religam conhecimentos científicos de natureza distinta em modelos abertos de pensamento complexo. Ao considerarmos a subjetividade e a política pública como produções humanas e sociais, podemos encontrar caminhos para aproximar esses conhecimentos. É o aspecto humano que nos leva a compreender a política pública não apenas a partir das relações de poder institucionalizadas, legalmente instituídas, mas, essencialmente, como produções psicossociais nas quais a subjetividade humana exerce um papel da maior importância.

As contribuições da psicologia histórico-cultural, inaugurada a partir dos estudos de Vigotsky e Rubinstein, partem de uma visão integradora que rompe com a dicotomia individual-social ao considerar o homem em sua historicidade, imerso em uma cultura que o constitui, e, ao mesmo tempo, é por ela constituída. Seguindo a tradição histórico-cultural, González Rey, em seus estudos sobre a personalidade, avança na formulação de uma metateoria que busca definir a subjetividade, na perspectiva histórico-cultural. Essa teoria considera as relações humanas históricas, dialéticas e dialógicas como propulsoras da ruptura da dicotomia individual-social, integrando a psique como sistema recursivo, complexo, dinâmico e multidimensional.

A Ciência Política clássica fundamenta-se em doutrinas que se nutrem da filosofia para definir modelos explicativos do Estado que decorrem de posições ideológicas antagônicas justificadoras de como se organizam

as relações de poder na sociedade, com base nas condições estruturais dadas pelo sistema de produção capitalista (Karl Marx) ou pelas relações sociais de dominação (Max Weber). Como disciplinas isoladas, Psicologia e Ciência Política buscam explicar a realidade, mantendo a separação entre indivíduo e sociedade. Nesse capítulo, a partir da visão defendida por González Rey, buscaremos argumentar a importância da integração individual-social, concebendo a subjetividade como categoria histórico-cultural, avançando na definição de políticas públicas, para muito além das visões convencionais.

Pensar a política pública somente como instrumento da ação do Estado é uma forma reducionista de abordar esse tema, sobretudo, porque a política pública tem por objetivo transformar um determinado estado de coisas, introduzindo condições para que cada cidadão possa, ao participar ativamente da política, transformar o seu entorno, e, como consequência, a própria sociedade. Entretanto, quando a política favorece a criação de relações de dependência que se perpetuam ao longo do tempo, o beneficiário da política pode tornar-se passivo, muitas vezes, sem possibilidades de buscar alternativas para superar o processo instituído. Para isso, em uma sociedade democrática, a política pública deveria incentivar a autonomia de cada sujeito-cidadão de modo a neutralizar as relações de dependência no longo prazo e considerar, acima de tudo, que são os sujeitos que, ao se constituírem historicamente na relação com o outro, tornam-se os verdadeiros agentes capazes de, em sua ação concreta, romper com as suas circunstâncias sociais, políticas e econômicas, estabelecendo estratégias dialéticas e dialógicas na busca pela transformação de si mesmo e de suas relações com o outro, visando mudança das suas condições sociais e existenciais.

As políticas públicas democráticas, ao criarem novas condições de participação, diferentes das condições de dominação historicamente constituídas, podem favorecer a emergência de sujeitos capazes de mobilizar novos modelos de funcionamento institucional para reorganização das relações e das posições de poder na sociedade. Nesse modelo de democracia ativa, os projetos políticos deixam de ser privilégio de um pequeno grupo para serem resultado de uma ação política mais aberta a todos os que se mobilizam democraticamente em torno de pautas coletivas de forma direta.

As políticas públicas encontram sua razão de ser na busca por promover mudanças (econômicas, sociais, políticas, culturais e outras) que têm como centro atender às necessidades dos beneficiários das próprias políticas. O desafio epistemológico em promover a aproximação da Subjetividade & Política Pública está, portanto, de um lado, em repensar o sujeito em uma perspectiva diferente da perspectiva usual de indivíduo, para compreendê-lo como sendo sujeito ativo e intencional, capaz de avançar no governo de si e na transformação da sua relação com o outro, e, de outro lado, na possibilidade de construção de outro tipo de política pública que seja suficientemente flexível e aberta a sucessivos processos recursivos de ampliação e transformação da sociedade.

A política pública, ao ser implantada de acordo com diretrizes que confrontam o estado de coisas atual com o intuito de transformá-lo para o alcance de novos objetivos, pode gerar novas possibilidades de arranjos sociais que levam ao reordenamento das posições de poder na instituição. Essas reconfigurações, produzidas socialmente, contribuem para que novas reinterpretações da própria política pública ocorram dinamicamente de forma complexa, multidimensional, possibilitando abertura para a participação democrática de novos atores na definição das regras de poder. Como essas posições são subjetivadas por cada participante do grupo, é necessário que o diálogo aberto se estabeleça para que as posições sejam explicitadas e as responsabilidades compartilhadas. A criação de vínculos de confiança, subjetivados no contexto social em questão, são fundamentais para ampliar as possibilidades de realização do trabalho coletivo efetivo, necessário para institucionalização da política pública.

A necessidade de incorporação do tema da subjetividade nos processos de planejamento, implantação e avaliação das políticas públicas faz com que as políticas sociais deixem de focar somente os aspectos estruturais, gerenciais, econômicos e políticos para inserir as dimensões qualitativas humanas, psicossociais e culturais em suas propostas, em geral, excluídas dos estudos tradicionais sobre políticas públicas, concebidos a partir de modelos predominantemente economicistas. Trata-se de um tema que precisa ser pensando de forma inovadora, pois a política lida com dimensões psicossociais, presentes no cotidiano dos atores envolvidos nos processos de institucionalização da mesma e que, se de um lado podem se mobilizar para a institucionalização, de outro lado, podem se movimentar

no sentido de preservar e manter seu status quo, retardando ou impedindo as transformações contidas nas diretrizes das próprias políticas. É nesse espaço dinâmico, indefinido e contraditório que a compreensão da categoria subjetividade, na perspectiva histórico-cultural (GONZÁLEZREY, 2002; 2003a; 2003b) pode contribuir para produzir, de forma complexa, uma nova visão de política pública centrada na ação do sujeito e das instituições sociais, em parceria com a ação do Estado.

Para aproximarmos teoricamente subjetividade e política pública, vamos encontrar nas categorias da Teoria da Subjetividade os fundamentos para uma nova maneira de conceber a política pública, ao considerar a perspectiva do sujeito histórico-cultural. Uma das características marcantes do sujeito histórico-cultural é sua capacidade de gerar alternativas criativas para a solução de situações e de problemas do cotidiano. Proporcionar o espaço propício para o trabalho criativo e inovador, a partir da produção de emoções positivas que contribuam para o desenvolvimento humano e social, passa a ser um dos pilares sobre os quais repousam os fundamentos da política pública. Nessa perspectiva, a inovação, a imaginação e a criatividade passam a fazer parte dos processos de construção das políticas públicas para a solução de problemas sociais e humanos concretos em sua natureza complexa.

A atividade do homem resulta de um conjunto de processos psíquicos históricos, sociais e culturais que vai além das reações aos estímulos proporcionados pelo meio no qual se situa o sujeito concreto. As bases para o desenvolvimento de uma teoria da subjetividade, na perspectiva histórico-cultural, ultrapassam as contribuições de Vigotsky e Rubinstein, incluindo, na compreensão do sujeito e nas formas complexas de constituição subjetiva da personalidade, autores soviéticos como: Bozhovich, Abuljanova, Chudnovsky, Nepomniachaya, Bratus, Asmolov, dentre outros (GONZÁLEZREY, 2003a; 2011).

Os Modelos Clássicos de Estado e de Políticas Públicas

Segundo Norberto Bobbio (1987), a grande dicotomia que preside a diferença entre Estado e Sociedade Civil está nos limites que separam o espaço público do espaço privado. Historicamente essa visão dicotômi-

ca tende a servir de parâmetro para a criação de ordenamentos jurídicos que definem o conjunto de regras aplicadas à esfera pública, distintas do conjunto de regras aplicadas aos direitos do cidadão. As doutrinas que embasam esses dois ordenamentos jurídicos não impedem a interpenetração de interesses públicos no espaço privado e vice-versa, uma vez que não é possível separar concretamente Estado de Sociedade Civil, principalmente quando ocorrem movimentos de publicização do privado e de privatização da esfera pública.

No estado democrático, a contraposição do interesse individual ao interesse coletivo é fonte permanente de tensão na definição das regras do jogo, na distribuição do poder, nas lutas entre classes ou até na definição de privilégios estabelecidos entre as diferentes posições do sujeito na hierarquia social, econômica, política e cultural. A visão hegeliana de prevalência da totalidade sobre as partes, que estabelece o primado do público sobre o privado, chegando inclusive a reduzir a liberdade individual em prol da coletividade, favorece a intervenção do Estado na vida do cidadão. O primado da esfera privada, para Bobbio (1987), reafirma os direitos naturais, buscando controlar as ações do Estado por meio do princípio da publicidade que, direta ou indiretamente, faz com que cada cidadão fiscalize as tomadas de decisão do estado por meio de seus representantes políticos em uma democracia representativa, constitucional. Em uma sociedade totalitariamente estatizada, a supressão da sociedade civil elimina a possibilidade do cidadão participante para instituir a figura do cidadão protegido integralmente pelo Estado e que, portanto, abre mão de sua liberdade em troca de segurança (FROMM, 1983). A figura do sujeito histórico-cultural como sendo ativo, intencional, capaz de promover rupturas como o *status quo* se dá no contexto, portanto, de uma sociedade democrática aberta a aceitar democraticamente movimentos de oposição como legítimos. É nesse contexto aberto que concebemos a possibilidade de políticas públicas que incorporem a participação ativa do sujeito. De outro modo, as políticas públicas estatais se reduzem a ação unidirecional do Estado sem considerar as oposições a essas ações como um direito constitucional.

Ao buscar a compreensão das políticas públicas como fenômeno humano, não se pode negar a importância da estrutura de poder do Estado, de seus mecanismos institucionais legais e do caráter institucional inerente às políticas como ordenadores das relações formais em qualquer espaço ins-

titucional. Porém, ao tratar do tema da subjetividade, estamos interessados em compreender o fenômeno político a partir das expressões da subjetividade social, e não sob a ótica da política pública como mecanismo de poder institucionalizado cuja efetividade é muito pouco avaliada. Gomes (2011) relembra que:

Toda política pública é fundamentalmente uma forma de preservação ou de redistribuição do quantum de poder social que circula, alimenta e engendra as forças vivas da sociedade. Em toda sociedade, o poder social está distribuído segundo linhagens históricas, segundo montagem das divisões e alianças de classes e grupos sociais e, também, pela configuração do Estado; mas é preciso entender que tal distribuição de poder social pode ser alterada, transformada ou conservada pelas políticas públicas. (GOMES, 2011, p.20)

Uma política pública pode ser interpretada como uma tentativa de introduzir mudanças institucionais que alteram os arranjos de poder estabelecidos historicamente em um determinado grupo ou instituição. Os laços afetivos, configurados subjetivamente, que organizam as expressões de poder no grupo podem, no entanto, servir de baluarte para que a equipe continue resistindo às pressões por mudanças propostas pela política pública. A aceitação da política pública, sua rejeição, oposição ou resistência envolvem dimensões complexas da subjetivação humana de acordo com as necessidades, interesses, expectativas dos membros de cada grupo envolvido no processo.

Na visão histórico-cultural, o individual e o social se integram recursivamente, de forma complexa, multidimensional, incorporando as contradições e as tensões que expressam a subjetividade no espaço social concreto. O estudo de como essas tensões e contradições são subjetivadas em relação à Política Pública constituem parte importante da compreensão dos processos de institucionalização da política.

González Rey (2003a) toma como ponto de partida a capacidade humana de transformação de si mesmo e do mundo, de exercer o poder de si, sobre si, de forma ativa e intencional na relação consigo mesmo e com o outro. É essa capacidade humana de superação que, ao empoderar o sujeito, o torna capaz de transformar suas condições existenciais por

meio de sua ação no mundo. Sem o desejo de superação, o indivíduo se aprisiona, se condicionando às limitações sociais, econômicas e culturais a ele impostas, restringindo sua participação democrática na *vita activa* (ARENDT, 2010), uma vida dedicada aos assuntos políticos tratados especialmente na esfera pública.

A partir de significações imaginárias, socialmente construídas, a sociedade organiza sua existência, pensamento, crenças, valores e, até mesmo, sua ação como sociedade. Com essa ideia, Castoriadis (1982; 1987) defende que a sociedade, ao organizar suas significações para criar-se a si mesma, se vê ameaçada pelo Caos, se obrigando a se recriar permanentemente, transformando os sentidos de suas próprias significações a partir de um imaginário social instituinte da própria sociedade. A sociedade torna-se, portanto, uma autocriação de si mesma que opera suas transformações de forma recursiva a partir do imaginário radical instituinte.

Nessa perspectiva, a sociedade institui-se sócio-historicamente por esse imaginário porque os indivíduos, como membros da sociedade, são capazes de imaginá-la, se mobilizando para instituí-la concretamente. Se, por um lado, a sociedade instituída contribui para a constituição da psique dos indivíduos, em contrapartida e de forma irredutível, esses indivíduos como sujeitos de sua ação são capazes de fazer e de transformar a própria sociedade. Castoriadis (1987) apresenta o sujeito como realidade humana na qual a dimensão social da realidade coincide com a dimensão psíquica. Ao integrar corpo biológico ao ser social em uma totalidade paradoxal e estranha, o sujeito apresenta-se como pessoa parcialmente consciente, portador de uma psique inconsciente, extremamente heterogênea e indissociável. O que resulta inconsciente a nível individual para Castoriadis (1987) pode tornar-se relevante nas dinâmicas nas quais as ações individuais formam um conjunto inseparável da subjetividade social.

Essa realidade humana e social complexa e nebulosa, na visão de González Rey (2004b), constitui-se a partir da tensão provocada pela ruptura e pela criação de si mesmo. O sujeito cria-se a si mesmo na relação com o outro à medida que também cria a sociedade em que vive e é criado por ela, estabelecendo múltiplas redes de relações em diferentes espaços sociais. Assim, este sujeito, ao mesmo tempo, sofre as pressões heterônomas estruturais da sociedade, mas é capaz de, por intermédio de sua autonomia, romper com essas mesmas pressões. Não podemos deixar

de reconhecer a importância dos elementos instituídos (o Estado, a lei, a estrutura organizacional, os papéis sociais e outros), porém o sujeito, ao mobilizar seus recursos, é capaz de reorganizar as relações de poder, desafiando e transformando os processos instituídos. Por se constituir na processualidade dinâmica das relações, o posicionamento ativo e crítico do sujeito diante do estabelecido é importante para a consolidação de sistemas de poder mais democráticos tanto no âmbito individual como social (GONZÁLEZ REY, 2004b).

Para Castoriadis (1982), tudo o que acontece no mundo social-histórico está associado a processos simbólicos que constituem o imaginário social. Esse imaginário traduz a realidade simbólica de uma sociedade. Uma realidade cuja processualidade é permanente e que vai muito além dos signos, das imagens e das representações, embora esses elementos também façam parte da realidade institucionalizada. Essa realidade não é estática e está em processo dinâmico de criação histórica complexa.

O imaginário de que falo não é imagem de. É criação incessante e essencialmente indeterminada (social-histórica e psíquica) de figuras/formas/imagens, a partir das quais somente é possível falar-se de alguma coisa. Aquilo que denominamos realidade e racionalidade são seus produtos (CASTORIADIS, 1982, p. 13).

A partir daí, podemos afirmar que as instituições que formam a estrutura institucional resultam de uma criação social-histórica e psíquica instituinte. As instituições são criações humanas, que podem ser recriadas para atender novas possibilidades de convivência, atenuar conflitos, acomodar interesses ou, até mesmo, provocar rupturas com o instituído. Os simbolismos retratam formas que tendem a manter o poder heterônomo das instituições, cuja fonte se encontra no imaginário social instituinte. O poder das instituições representa-se simbolicamente por meio de uma série de códigos e signos implícitos e explícitos, gestos, posturas e outras formas de comunicação que vão muito além da linguagem falada e escrita. Uma instituição pode ser uma combinação de seus componentes funcionais e imaginários. Para Castoriadis (1982, p. 159), a “instituição é uma rede simbólica, socialmente sancionada, onde se combinam em proporções e em relações variáveis um componente funcional e um componente imaginário”. Tratando-se da dimensão política, a lei, criada para dar sustentação ao Estado, é uma criação que tem sua origem no imaginário

social. A obediência às leis legitima o poder institucional do Estado, que se faz representar por meio de significações simbólicas reiteradas pela própria sociedade.

Para Castoriadis (1982) o poder institucional também se reflete em seu poder de simbolização,

Tudo o que se nos apresenta, no mundo social-histórico, está indissociavelmente entrelaçado com o simbólico [...]. Encontramos primeiro o simbólico, é claro, na linguagem. Mas encontramos igualmente, num outro grau e de uma outra maneira, nas instituições. As instituições não se reduzem ao simbólico, mas elas só podem existir no simbólico. (CASTORIADIS, 1982, p. 142)

O simbólico é criado a partir do imaginário. É o imaginário que dá vida ao simbólico, portanto, uma sociedade pode tornar-se o que se imagina. Uma criança ao se projetar no futuro, tem mais chances de se tornar a pessoa que se imagina, ainda que isso não seja garantia de que o será; porém, há mais possibilidades de concentrar seus esforços na direção forjada por seu imaginário. É nesse processo que a virtualidade do imaginário se transforma em real. É importante mobilizar os recursos do imaginário quando queremos alcançar os processos de transformação profunda. O imaginário construído socialmente se expressa nas dimensões da subjetividade social por meio da produção de sentidos subjetivos integradores de unidades simbólico-emocionais. A produção de novos sentidos subjetivos em um determinado espaço social aproxima-se dos processos de construção do imaginário social capaz de transformar o real.

A Teoria da Subjetividade na Perspectiva Histórico-Cultural

A Teoria da Subjetividade, na perspectiva defendida por González Rey (1976-2014), está centrada na historicidade dos fenômenos humanos como produto que se constrói e reconstrói dialeticamente em suas relações sociais inseridas em uma cultura em movimento que também se transforma dinamicamente. Incorpora o caráter hermenêutico, multidimensional,

sistêmico, configuracional e dialógico dos processos psíquicos para geração de inteligibilidade, sem esgotar as possibilidades de novas construções teóricas complexas recursivas. A Teoria da Subjetividade de González Rey desenvolveu recursos que possibilitam compreender a realidade em seu “caráter desordenado, contraditório, plural, recursivo, singular, indivisível e histórico” (MITJANS MARTÍNEZ, 2005, p.5), podendo ser considerada como expressão do paradigma da complexidade na Psicologia.

A partir de um ponto de vista integrado, se torna possível articular o tema da subjetividade com os processos de construção do conhecimento no campo das ciências humanas e sociais (Educação, Direito, Ciência Política, Assistência Social, Segurança Pública, Saúde e outros), ultrapassando os limites tradicionais da Psicologia. A Teoria da Subjetividade oferece possibilidades amplas para o estudo dos fenômenos psicossociais em sua articulação complexa com fenômenos considerados de natureza política, econômica, histórica, social e cultural presentes nas relações estabelecidas entre os sujeitos em um determinado espaço social concreto. As categorias teóricas da Teoria da Subjetividade permitem, de forma abrangente, gerar inteligibilidade sobre as dinâmicas de produção subjetiva dos sujeitos nos diferentes espaços sociais vividos e os desdobramentos das configurações subjetivas, historicamente produzidas, na processualidade referente à institucionalização das diretrizes contidas nas políticas públicas, revelando o caráter complexo e não-linear desses processos.

Ao manter o compromisso ontológico de que a psique é uma produção histórico-cultural, rompendo com a ideia de uma unidade interna individual, considerando-a, ao invés disso, como um sistema complexo, processual, recursivo e dinâmico, defendemos que a Teoria da Subjetividade pode oferecer categorias teóricas para a compreensão das significações e emocionalidades produzidas pelos sujeitos implicados no planejamento, elaboração, implantação da política pública, do mesmo modo que esperamos poder, a partir dessa compreensão das dimensões subjetivas, incorporar os aspectos humanos complexos como elementos relevantes para a avaliação e análise das políticas públicas governamentais nos espaços concretos de sua institucionalização.

Sujeito e subjetividade são categorias indissociáveis, centrais da Teoria da Subjetividade. Para González Rey (2005), o interesse pelas categorias sujeito e subjetividade surgiu a partir das tensões provocadas por

seu envolvimento com a realização de um projeto social em oposição às restrições crescentes à expressão individual vivida pelo autor na sociedade cubana nos anos 1970 e 1980. O sujeito histórico-cultural, ao conviver com outros sujeitos em um determinado espaço social, compartilha uma mesma cultura, constrói-se a si mesmo, ao mesmo tempo em que reconstrói a sociedade em que vive. Nessa tensão entre o individual e o social, o indivíduo se constitui sujeito de sua própria história, integrando as experiências vividas ao momento atual à imaginação e à criatividade, avançando em novas configurações dinâmicas de si mesmo e de suas relações com o outro.

A subjetividade como categoria macro da Teoria da Subjetividade permite compreender a psique humana como um sistema complexo, dinâmico e integrador no sujeito de suas múltiplas dimensões – cognitivas, afetivas, simbólicas, emocionais – permitindo analisar a atividade humana e a relação com o outro em uma perspectiva dialética e dialógica vinculada, portanto, a uma lógica configuracional, não-programável, que escapa dos determinismos de qualquer natureza, sejam políticos, econômicos, sociais, culturais, ou outros. Se o sujeito, ao se constituir, configura e reconfigura sua subjetividade, a subjetividade produzida pelo sujeito se expande a partir de suas ações na convivência com outros sujeitos. Essa indissociabilidade impede uma compreensão do sujeito isolada da subjetividade que o mesmo produz dinâmica e intencionalmente em suas relações sociais.

A subjetividade, da forma como está sendo conceituada por González Rey, permite romper com a ideia rígida de personalidade. A ideia da psique humana como uma configuração flexível que pode ser alterada, assumindo novas reconfigurações (a partir da produção de sentidos subjetivos não-programáveis), introduz a possibilidade de pensar a psique de forma aberta, rompendo como os determinismos psicológicos que antecederam essa visão. Isso não significa negar a existência de elementos marcantes que possam, em determinado momento histórico, afetar a vida das pessoas. Trata-se de que, apesar do que tenha havido no passado, o sujeito pode, a partir da mobilização de novos recursos subjetivos, assumir posturas e atitudes que favoreçam sua ação como sujeito em diferentes contextos sociais atuais e futuros. Por ser um processo complexo configurável e não-programável, o sujeito pode abrir espaço para que novas alternativas possibilitem seu desenvolvimento humano a qualquer momento de sua vida.

Com essa concepção de configuração, González Rey avança na direção de sujeitos que, na relação com o outro, a qualquer momento, podem assumir novas configurações, gerando rupturas e descontinuidades com as posturas e atitudes produzidas até um determinado momento de suas vidas. Ao subverter a ordem das coisas, o sujeito se afirma como sujeito histórico-cultural em cada espaço social de convivência.

Subjetividade Social e a Institucionalização da Política Pública

A política pública, ao trazer propostas de mudança para um determinado estado de coisas, pode tornar-se transformadora da realidade social quando as condições necessárias para a produção de rupturas e descontinuidades apresentam-se favoráveis à produção de novas configurações subjetivas pelos sujeitos envolvidos com a institucionalização da política. Sem impactos importantes na subjetividade social, a política pública, mesmo sendo formalmente institucionalizada, deixa de se tornar efetiva, uma vez que as condições para mudança não alcançam a produção de novos sentidos subjetivos nos sujeitos responsáveis por sua institucionalização, conforme evidenciado na pesquisa de Martins (2015) sobre as implicações da subjetividade social da escola no processo de institucionalização de políticas públicas no ensino fundamental.

Não há subjetividade social sem as contribuições de cada sujeito, assim como não há sujeito que se constitua fora de um grupo ou sociedade. O sujeito passa a sintetizar em si sua subjetividade individual em tensão permanente com as pressões existentes nos espaços sociais de convivência. Esse caráter dual e ao mesmo tempo integrador rompe com a visão dicotômica entre individual e social, uma das contribuições importantes da Teoria da Subjetividade. É esse caráter integrador da subjetividade que permite gerar inteligibilidade sobre a política pública a partir de uma perspectiva qualitativa relacionada diretamente com a forma como os atores atuam no espaço social no qual se pretende que a racionalidade institucional-legal da política se institucionalize.

Os atores individuais ou institucionais são também agentes políticos que exercem, legitimamente ou não, posições de poder que os tornam,

a priori, responsáveis pela implantação das políticas em cada contexto institucional. São esses atores que, ao interagirem dinamicamente entre si, são capazes de transformar os modelos prescritos nas políticas públicas em ações concretas que tanto podem levar à transformação da realidade vivida como podem gerar ações meramente formais que só aparentemente alcançam os objetivos prescritos na política, sem consequências efetivas para mudança no tecido social da instituição. Os interesses, desejos, expectativas e concepções imaginárias assinaladas nas relações pessoais e institucionais servem para balizar os processos de institucionalização da política no espaço de convivência humana. Esses processos dependem dos elementos subjetivos presentes nas relações como fatores primordiais para a construção de um espaço simbólico-emocional que tanto pode favorecer como dificultar a institucionalização da política de acordo com as concepções subjetivadas historicamente pelo grupo responsável por sua institucionalização (MARTINS, 2015).

Independentemente das dimensões institucionais, legais, organizacionais e burocráticas, as dimensões da subjetividade precisam ser incorporadas aos processos de implantação das políticas públicas no momento em que os sujeitos passam a trabalhar com as perspectivas propostas pelas diretrizes da política. Esse alinhamento entre diretrizes da política e condições subjetivas favoráveis à sua institucionalização torna-se necessário para que a política se afirme no contexto social no qual será implantada, pois são os sujeitos que integram os diferentes espaços sociais afetados pela política que dão sentido e transformam a própria política em ação concreta. Sem essa ação efetiva dos sujeitos, a política pode não alcançar plenamente sua institucionalização.

A pesquisa de Martins (2015) demonstra que diferentes políticas públicas, ao serem implantadas em um mesmo espaço social, podem não alcançar os objetivos propostos, em razão de uma subjetividade social que hegemonicamente resiste às mudanças propostas pelas políticas. A Política de Inclusão Escolar é um exemplo de política pública formalmente institucionalizada que não consegue romper com o caráter homogeneizador da escola. Uma escola que avalia os alunos, sem considerar as necessidades específicas de cada estudante, implanta essa política de forma artificial. Ao insistir em manter a mesma métrica para todos os alunos, como se todos tivessem que obrigatoriamente apresentar os mesmos resultados, ao

mesmo tempo, seguindo um único padrão de desempenho, a escola nega o princípio básico da inclusão: a aceitação da diferença e o reconhecimento da diversidade humana. Nesses casos, os alunos com qualquer tipo de necessidades especiais, ao serem discriminados por as apresentarem, podem ficar marcados como sendo incapazes de acompanhar os padrões e ritmos da escola, sendo praticamente excluídos no próprio processo de inclusão.

Nesse sentido, a implantação de uma política requer ir além da sensibilização, do treinamento ou da capacitação para permitir identificar os valores e crenças subjacentes a cada espaço institucional, pois estes valores e estas crenças orientam as produções simbólico-emocionais das pessoas que fazem parte do tecido social da instituição, ou seja, é preciso identificar os sentidos subjetivos produzidos em cada grupo responsável pela institucionalização da política. O reconhecimento da capacidade de produção de sentidos subjetivos pelos sujeitos-atores que protagonizam as ações da política é importante para compreender como se orientará a ação do grupo responsável pela implantação da política. A partir da compreensão de como se organiza a subjetividade social do grupo, é possível identificar se essa subjetividade se alinhará às práticas inerentes às diretrizes e princípios da política pública a ser implantada.

Ainda relativo à pesquisa realizada por Martins (2015) sobre a institucionalização da Política de Inclusão Escolar, as dificuldades em protagonizar ações inovadoras para atendimento de crianças com necessidades especiais em sala de aula demonstraram que o diagnóstico dado à criança se transforma em justificativa não para criar oportunidades de aprendizagem diferenciadas, mas, ao contrário do esperado, para justificar formalmente as causas das necessidades especiais de aprendizagem das crianças nessa condição, desresponsabilizando os profissionais de atuarem a favor de sua aprendizagem.

São os sujeitos em ação que realizam os movimentos necessários para a efetiva institucionalização da política ao tomarem a decisão de fazer as coisas acontecerem guiados pelas diretrizes da própria política. Sem a aceitação dos princípios que fundamentam a política, suas diretrizes dificilmente conseguem produzir as transformações sociais efetivamente esperadas, tornando a ação do Estado inócua e sem sentido.

Os princípios que iluminam as diretrizes contidas nas políticas, por

mais racionais que pareçam ser, nem sempre são compreendidos e aceitos integralmente pelos sujeitos que atuam nas instituições. As contradições e complexidades verificadas na prática cotidiana podem inviabilizar a institucionalização de uma política pública. Os conflitos existenciais entre os interesses pessoais, em tensão com as necessidades coletivas que as políticas públicas buscam preencher, muitas vezes inviabilizam a institucionalização da política.

A subjetividade social resulta de uma trama complexa de configurações de sentidos subjetivos produzidos nos mais diferentes espaços da vida social do sujeito. Evidentemente, essa subjetividade social se organiza e se desenvolve nas práticas sociais de uma forma complexa, não-linear e não-racional. O reconhecimento da racionalidade cartesiana não implica necessariamente a subordinação do sujeito a essa racionalidade, uma vez que a emocionalidade associada às produções simbólicas é geradora de outras dimensões de uma racionalidade não-linear, não-causal.

A subjetividade social torna-se portadora de uma emocionalidade gerada no grupo que não obedece necessariamente às expectativas de uma racionalidade produzida fora do grupo. Isso se torna mais evidente nos processos de negociação de conflitos gerados no espaço do grupo. Por outro lado, no social, se configuram relações de poder que se apoiam em discursos cujo intuito é legitimar esse poder de várias maneiras (GONZÁLEZ REY, 2004a).

Os discursos como sistemas semióticos de natureza social são importantes, não como um fim em si mesmo, mas como via que nos permite a construção de dimensões ocultas do social. O discurso é uma das formas da subjetividade social, e está organizado dentro de inúmeros sentidos subjetivos, em cuja totalidade aparece todo o seu valor heurístico para compreensão da realidade social. O emprego das palavras é uma expressão simbólica, que além de mostrar um ou vários sistemas discursivos, significa também a história única de quem fala, o que diferencia as emoções associadas do emprego das palavras, dando lugar ao seu sentido (GONZÁLEZ REY, 2003a, p. 213).

Uma dessas dimensões ocultas dos discursos, segundo Foucault (1979), busca a construção de verdades para manutenção do poder de quem precisa se manter no poder. Os discursos políticos, transformados em po-

líticas públicas, organizadas a partir de institutos legais, visam reafirmar verdades construídas politicamente que terminam dando sustentabilidade para as articulações de poder. A política pública se baseia no discurso formal como argumento de legitimação da própria política, é a defesa de um projeto que se traduz em ações de governo. Dessa forma, a construção de verdades impostas pela política pública nem sempre coincide com a construção de verdades no espaço social concreto da instituição. Essa dissonância permite compreender porque as políticas não conseguem, muitas vezes, ser aceitas e subjetivadas pelos atores responsáveis por sua institucionalização.

A pesquisa de Martins (2015) possibilitou também compreender porque as políticas públicas, mesmo sendo obrigatórias do ponto de vista institucional-legal, não produzem necessariamente impactos significativos na subjetividade social da instituição. As diretrizes das políticas públicas encontram espaço para institucionalizarem-se quando os recursos psicossociais existentes na subjetividade social são favoráveis à própria política, alinhando-se aos interesses, desejos e necessidades configurados na subjetividade produzida pelo grupo responsável pelos processos de institucionalização. A institucionalização das diretrizes de uma política pública requer mais do que condições materiais objetivas traduzidas pela simples alocação de aportes financeiros, recursos humanos e materiais. Mesmo quando esses recursos estão disponíveis, a política pode não se institucionalizar integralmente. As dimensões subjetivas da realidade, na qual a política almeja inserir-se, devem possuir os elementos que possibilitam mobilização simbólico-emocional geradora da trama complexa que constitui a subjetividade social. Sem essa mobilização, a política tende a não se institucionalizar de fato, ficando apenas formalmente instituída, porém sem produzir os resultados esperados uma vez que não consegue mudar as práticas sociais existentes.

As políticas públicas, ao proporem mudanças na realidade institucional, provocam necessariamente redistribuições nos sistemas de poder que podem desestruturar as relações estabelecidas historicamente. A resistência às mudanças se deve à rigidez em mobilizar elementos simbólico-emocionais capazes de produzir novas reconfigurações nas relações e que permitam maior abertura à participação, alterando as representações construídas socialmente, as crenças e valores que permeiam o espaço social da

instituição e contribuem para a multiplicidade simbólica (interpretações, ideias, opiniões, visões, estratégias e modelos) e a diversidade emocional (sentimentos de raiva, admiração, inveja, rejeição, amorosidade e outras) que se integram na constituição da subjetividade social.

Podemos concluir que uma política pública, por mais racional ou necessária que pareça ser, não basta ser instituída legalmente para que seja implantada em sua plenitude. As mudanças propostas nas políticas públicas não são aceitas de forma linear, sendo necessário que os sujeitos envolvidos em sua implantação estejam dispostos a aceitar de fato as mudanças propostas para que elas não sejam operacionalizadas apenas do ponto de vista formal; para serem implantadas em sua plenitude, as políticas precisam passar por processos complexos que gerem reinterpretções a partir da produção de novos sentidos subjetivos favoráveis à institucionalização de seus princípios e de sua racionalidade. Quando não alinhada à subjetividade social, gerada hegemonicamente pelo grupo responsável por sua implantação, a política pública tende a ser ignorada, não se tornando geradora de transformação social. A identificação das dimensões subjetivas presentes nas relações sociais torna-se decisiva para que uma política pública de cunho social se torne efetiva no longo prazo, eficaz na apresentação de resultados concretos e eficiente na utilização dos recursos utilizados em sua implantação.

Referências

- ARENDDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.
- BOBBIO, N. **Estado, governo, sociedade: por uma teoria geral da política**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.
- CASTORIADIS, C. **As encruzilhadas do labirinto II: os domínios do homem**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FROMM, E. **Medo à liberdade**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.
- GONZÁLEZ REY, F. **El pensamiento de Vigotsky: contradicciones, desdoblamientos y desarrollo**. México: Ed. Trillas, 2011.
- GONZÁLEZ REY, F. **Subjetividade, complexidade e pesquisa em psicologia**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GONZÁLEZ REY, F. **O social na psicologia e a psicologia social: a emergência do sujeito.** Petrópolis, RJ: Vozes, 2004a.

GONZÁLEZ REY, F. O sujeito, a subjetividade e o outro na dialética complexa do desenvolvimento humano. In: MITJÁNS MARTÍNEZ, A.; SIMÃO, L. M. (Orgs.). **O outro no desenvolvimento humano: diálogos para a pesquisa e a prática profissional em Psicologia**, São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004b. p. 1-27.

GONZÁLEZ REY, F. **Sujeito e subjetividade: uma aproximação histórico-cultural.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003a.

GONZÁLEZ REY, F. **Epistemología cualitativa y subjetividad.** São Paulo: EDUC, 2003b.

GONZÁLEZ REY, F. La subjetividad: su significación para la ciencia psicológica. In: FURTA-DO, O.; GONZÁLEZ REY, F. (Orgs.). **Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio histórica e a teoria das representações sociais.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002. p. 19-42.

MARTINS, L. R. R. **Implicações da subjetividade social da escola na institucionalização de Políticas Públicas no Ensino Fundamental.** 2015. 225 f. Tese (Doutorado em Educação)— Universidade de Brasília, Brasília, 2015.

MITJÁNS MARTÍNEZ, A. A Teoria da Subjetividade de González Rey: uma expressão do Paradigma da Complexidade na Psicologia. In: GONZÁLEZ REY, F. (Org.). **Subjetividade, Complexidade e Pesquisa em Psicologia.** São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005. p. 1-25.

3. LOBBYING: UMA PRÁTICA SUBVALORIZADA POR CIENTISTAS E PSICÓLOGOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DE Políticas Públicas NO BRASIL?

Sheila Giardini Murta

O *lobbying* é o processo pelo qual preferências de grupos sociais são levadas aos tomadores de decisão com vistas a influenciar suas escolhas referentes à elaboração de Políticas Públicas. Derivada do inglês, a palavra *lobby* significa saguão ou antessala, isto é, o lugar por onde circulavam as pessoas cuja intenção era influenciar autoridades ou políticos. Trata-se, eminentemente, da transmissão de mensagens entre grupos de pressão e membros da alta burocracia, de partidos políticos, ou dos poderes legislativo, executivo e judiciário. O termo “grupos de pressão”, por sua vez, refere-se à aglutinação de pessoas em torno de um interesse comum visando influenciar no processo decisório empreendido pelos políticos, com ou sem o uso de estratégias coercitivas (ARAGÃO, 1994). Os grupos de pressão são, portanto, os agentes do *lobbying*.

A finalidade do *lobbying* é oferecer informação especializada a fim de influenciar burocratas ou políticos para que tomem decisões que resultem em legislação benéfica para algum segmento da sociedade (ARAGÃO, 1994; OLIVEIRA, 2005), tais como grupos que lidam com interesses empresariais (MANCUSO, 2007; OLIVEIRA, 2007), ambientais (TAGLIALEGNA; CARVALHO, 2006), trabalhistas (CARVALHO, 2009), feministas (OLIVEIRA, 2005), em saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2011), dentre outros. Em oposição ao que é comumente divulgado na mídia, ações que envolvam corrupção e tráfico de influências não são estratégias inerentes ao *lobbying*. Tal conotação negativa é fortemente enraizada na cultura nacional, sendo usual a associação entre *lobbying* e práticas ilícitas. Em oposição ao significado corriqueiro da palavra no Brasil, fortemente estigmatizado, o *lobby* pode ser entendido como um dos mecanismos legais de exercício democrático (OLIVEIRA, 2005). Pode servir à representação

de interesses e à construção de um canal de interlocução com o Estado por parte de minorias que não estão necessariamente representadas nos partidos políticos. Na argumentação de Oliveira (2005), a oferta de saber especializado a burocratas e políticos é legítima por permitir a construção de Políticas Públicas melhor informadas e embasadas nas necessidades das comunidades. Neste sentido, encontra-se alinhada às outras práticas participativas comuns aos regimes democráticos.

Comunidades científicas detêm conhecimentos técnicos com grande potencial de contribuição para a construção da agenda das Políticas Públicas e podem exercer *lobbying*, como qualquer outro grupo social. Nos dias atuais, com a expansão das Políticas Públicas no País, nos âmbitos da assistência social, dos direitos humanos, do enfrentamento à violência contra a mulher, da educação e da saúde, pode-se questionar em que extensão as comunidades científicas têm contribuído para a qualificação destas políticas, por meio da troca de informação, fundamentada na produção científica, com a alta burocracia e os poderes legislativo e executivo. Parte destas políticas lida com temáticas com interfaces com a área de prevenção e promoção de saúde mental, tais como a prevenção ao abuso de drogas, à violência contra a mulher, à homofobia e à violência sexual contra crianças e adolescentes, além da promoção da educação em direitos humanos e de uma cultura de paz. Partimos do pressuposto de que seja salutar para a sociedade a construção de canais de comunicação entre a produção acadêmica nestas áreas e os burocratas e os políticos envolvidos na elaboração destas políticas.

O presente artigo tem por objetivo discutir o exercício do *lobbying* como uma das atividades legítimas a serem feitas pela comunidade científica, em particular, pelos grupos com produção em prevenção e promoção de saúde mental. Para tanto, a título ilustrativo, será feita uma análise de documentos, como cartas e manifestos, disponíveis no site da Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) e Conselho Federal de Psicologia (CFP), a fim de se localizar indícios de mensagens trocadas entre estes grupos e os poderes legislativo e executivo no Brasil. Esta é uma análise de cunho exclusivamente exploratório, mais com a intenção de iniciar uma reflexão sobre o tema e menos com o intuito de levantar evidências consistentes que indiquem haver ou não haver

lobbying entre aqueles grupos e o poder executivo e legislativo no Brasil e suas estratégias e efeitos. Para este objetivo, outros caminhos metodológicos seriam necessários, não adotados no presente estudo.

Este texto está organizado em três partes principais. Na primeira parte, são descritos os agentes e as estratégias adotadas no processo de *lobbying*. Na segunda parte, são abordadas algumas questões sobre *lobbying* e ciência. Na terceira parte, estão apresentados os achados sobre indícios de *lobbying* empreendido por sociedades, associações e conselhos que agregam, dentre outros, pesquisadores e profissionais em saúde mental.

Observa-se que o foco deste capítulo em saúde mental não exclui uma noção mais ampla de atuação da Psicologia em Saúde, sendo inclusive possível que as discussões aqui presentes sejam úteis para se refletir sobre o *lobbying* em outros contextos e Políticas Públicas em que a Psicologia está inserida.

Agentes e Estratégias de *Lobbying*

Ao se considerar o agente que conduz o *lobby*, existem quatro grandes classificações: *lobbying* classista, institucional, público e privado (OLIVEIRA, 2007). O *lobbying* classista é feito por entidades de classe, como as que representam trabalhadores, empresários e grupos ocupacionais específicos. O *lobbying* institucional é realizado por executivos de relações governamentais atuantes em departamentos de assuntos corporativos das empresas. O *lobbying* público é conduzido por assessores parlamentares e Departamentos de Comunicação Social de Ministérios. O *lobbying* privado é empreendido por consultores e escritórios especializados. Como o *lobbying* não é regulamentado no Brasil e é associado a práticas ilegais, é pouco usual que tais escritórios privados se identifiquem como tendo o propósito de realizar *lobbying*.

No exercício do *lobbying*, são realizadas tarefas diversas que buscam informar, comunicar e persuadir no intuito de se alterar as preferências, os esforços e os votos de políticos para com determinadas Políticas Públicas (HALL; REYNOLDS, 2012). Esta persuasão poderia resultar da oferta de informações que supostamente não são conhecidas pelos burocratas ou políticos, e que podem afetar sua percepção sobre ganhos e perdas resultantes de

suas decisões. Estas tarefas, descritas por Oliveira (2005), incluem: coletar informações sobre o cenário político; conduzir pesquisas sobre o problema para o qual se deseja promover ou impedir determinado projeto de lei; procurar aliados para ampliar a força do grupo de pressão; identificar membros do poder executivo, legislativo ou da alta burocracia que sejam simpáticos à causa defendida; informar e persuadir o governo e monitorar o processo de tomada de decisão entre os políticos. Em um estudo para investigação das estratégias usadas no processo de *lobbying* feito por empresas, Oliveira (2007) realizou um estudo etnográfico, por meio de análise documental, procedimentos de observação e entrevistas com representantes de departamentos corporativos de duas grandes empresas, uma nacional e outra multinacional. Os resultados do estudo apontaram como principais estratégias de *lobbying* o monitoramento legislativo, o monitoramento político, a captação de informações qualificadas e a procura de aliados. Estas estratégias incluem diferentes atividades, descritas na Figura 1. Conforme Oliveira (2007), a captação de informação qualificada ocorre ao longo de todo o processo. Já as estratégias de monitoramento legislativo, monitoramento político e procura de aliados são sequenciais, na ordem apresentada na Figura 1.

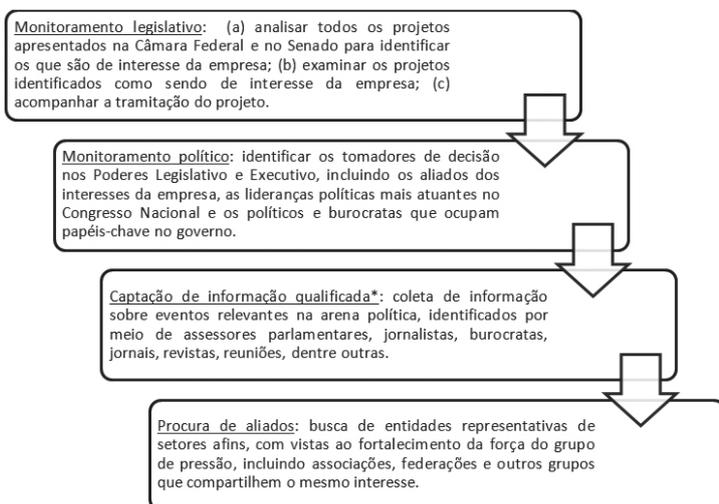


Figura 1. Estratégias usadas em lobbying institucional por empresas identificadas em estudo de Oliveira (2007).

*Nota: esta etapa pode ocorrer ao longo de todo o processo e não necessariamente apenas após o monitoramento político.

Os preditores de sucesso do *lobbying*, segundo Aragão (1994), são a capacidade financeira, organização e número representativo de componentes dos grupos de pressão. No estudo de Oliveira (2007), os participantes do estudo relataram como condições para o êxito do *lobbying* o acesso a informações qualificadas sobre o cenário político, a qualidade da estratégia planejada, a solidez dos argumentos usados e a organização, coesão e sintonia da equipe de trabalho. Adicionalmente, as habilidades de comunicação e relação interpessoal do executivo de relações governamentais foram destacadas, incluindo sua empatia para com o tomador de decisão.

Ciência e *Lobbying*

A participação da comunidade científica, por meio de *lobbying*, na formulação de Políticas Públicas não parece ser um objeto de estudo explorado entre os acadêmicos que lidam com os estudos em *lobbying* e tampouco entre os que fazem ciência em outras temáticas e desejam ver os resultados de suas pesquisas influenciando o curso das Políticas Públicas. Esta afirmação se baseia numa análise das publicações nacionais sobre *lobbying*. Este levantamento, ainda que não exaustivo, apontou apenas a existência de estudos sobre *lobbying* feito por grupos que lidam com interesses empresariais (MANCUSO, 2003; 2007; OLIVEIRA, 2007), ambientais (TAGLIALEGNA; CARVALHO, 2006), trabalhistas (CARVALHO, 2009), feministas (OLIVEIRA, 2005) e em saúde, especificamente, planos privados de saúde (SCHEFFER; BAHIA, 2011).

É possível que os cientistas se distanciem desta prática, dentre outras razões, devido à sua falta de regulamentação. Com o fim do regime militar e a transição para o regime democrático, em 1989 o Senador Marco Maciel propôs um Projeto de Lei para regulamentação do *lobby*. Passados mais de 20 anos, este foi aprovado no Senado, mas ainda não na Câmara. Sua não aprovação segue a mesma direção da Europa, onde não há regulamentação, e a direção oposta aos EUA, onde a prática é regulamentada. A contribuição do *lobby* para a democracia e sua pernicioso associação à corrupção no País provavelmente estavam entre as razões que resultaram naquele Projeto de Lei. A regulamentação do *lobbying* pode conferir maior transparência ao processo, favorecer a *accountability* (responsabilização), coibir a corrupção e o tráfico de influências e reduzir o estigma

atrelado ao *lobbying*. Ademais, pode conferir maior legitimidade a esta forma de participação democrática e enriquecer o processo de formulação de Políticas Públicas por meio da participação de vários grupos de interesse (SICA, 2011).

Por outro lado, não se pode concluir que a falta de publicações que examinem o *lobbying* feito por grupos de pressão compostos por cientistas indique, diretamente, a inexistência do fenômeno. Neste sentido, uma análise do site da SBPC mostra que esta Sociedade tem se posicionado acerca de vários temas de interesse, por meio de inúmeras cartas endereçadas aos poderes legislativo e executivo. Três exemplos disto serão aqui descritos (-disponíveis em www.sbpcnet.org.br).

O primeiro exemplo é uma carta endereçada ao Ministro da Saúde, José Gomes Temporão e à Ministra da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, Nilcéa Freire, nos anos do governo Lula. Esta carta demonstrava a concordância da SBPC para com o direito ao aborto e sua abordagem como tema de Saúde Pública. O segundo exemplo é uma carta dirigida ao Deputado Marco Maia solicitando que não acatasse recurso do deputado Arlindo Chinaglia para nova análise do Plano Nacional de Educação (PNE-PL 8035/10), e sim que o enviasse ao Senado para aprovação final. Este projeto de lei prevê o investimento de ao menos 7% do PIB nos primeiros cinco anos do decênio 2011-2020 e 10% nos anos finais deste período. Argumentos acerca da taxa de analfabetismo e analfabetismo funcional no País e a incompatibilidade entre esta realidade e os planos de avanço econômico nacional são expostos na carta com fins de persuasão. O terceiro exemplo é uma carta dirigida à Presidenta Dilma Rouseff para expansão dos recursos previstos em orçamento para o Ministério da Ciência e Tecnologia para o ano de 2013. A carta reconhece os feitos do atual governo em prol da ciência, por meio do programa Ciências sem Fronteiras, adotando comunicação empática, tal como discutido por Oliveira (2007). Apresenta também índices sobre a produção científica nacional e as fontes de recursos para a pesquisa.

A análise destes documentos revela que o conteúdo destes parece cumprir funções de *lobbying*: comunicar interesses, informar para influenciar na tomada de decisão e (tentar) persuadir. No entanto, a disponibilização destes arquivos no site da SBPC não assegura que estes chegaram às mãos dos destinatários. Também não se sabe se outras estratégias de *lob-*

bying têm sido usadas pela SBPC, tal como aquelas apresentadas por Oliveira (2007), como o monitoramento legislativo e monitoramento político.

Lobbying em Prevenção e Promoção de Saúde Mental

A Psicologia está entre as áreas de conhecimento que podem oferecer suporte para as Políticas Públicas em saúde mental e políticas relacionadas, como as relativas à promoção da igualdade racial, equidade de gênero, programas de acesso à cultura, combate à homofobia e redução da pobreza. Um estudo de Oliveira (2012), conduzido por meio de revisão sistemática da literatura nacional e entrevistas a pesquisadores que atuam em prevenção em saúde mental, identificou que grande parte das publicações nacionais que avalia sistematicamente programas de prevenção a riscos ou a transtornos em saúde mental não tece qualquer comentário sobre a relação entre a pesquisa e as Políticas Públicas. Este cenário é preocupante e pode revelar um distanciamento entre a produção acadêmica nesta área e sua inserção no mundo. Além disto, nos permite construir a hipótese de que os grupos de interesse nesta área não têm se configurado como grupos de pressão. Em outras palavras, pode-se hipotetizar que o *lobbying* em prevenção em saúde mental junto aos poderes legislativo e executivo, na esfera federal, não tem sido feito por tais grupos.

A fim de se identificar documentos (como cartas e manifestos) indicadores de *lobbying* feito por associações que congregam pesquisadores e profissionais da área, foram consultados os sites da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), Sociedade Brasileira de Psicologia (SBP) e Conselho Federal de Psicologia (CFP). Enquanto as duas primeiras são associações entre pesquisadores e acadêmicos, a última congrega psicólogos atuantes na área, que podem ter ou não atuação em docência e pesquisa. Os sites da ANPEPP e da SBP não continham, até a data pesquisada (3/11/2012), nenhum documento dirigido aos poderes legislativo ou executivo.

Em oposição a estes achados, o site do CFP continha um relatório intitulado Relatório de Monitoramento de Proposições em Andamento no Congresso Nacional (<http://site.cfp.org.br/documentos/relatorio-de-acompanhamento-de-proposicoes-em-tramitacao-no-congresso-nacional-2/>).

Este documento evidencia que o monitoramento legislativo, uma das etapas do *lobbying* descritas por Oliveira (2007), vem sendo realizado pelo Conselho Federal de Psicologia. Ressalta-se que, dentre os projetos de lei monitorados, encontram-se dois diretamente relacionados à prevenção e promoção de saúde mental: um projeto de lei que prevê a prevenção e combate ao bullying na escola, proposto pelo Senador Gim Argello em 2010, e outro que propõe o diagnóstico precoce de depressão pós-parto em puérperas, proposto pelo Deputado Federal Carlos Alberto Leréia em 2009. Ambos estavam em análise e ainda não haviam sido aprovados quando da construção deste texto. Esses dados obtidos no site do CFP sugerem haver um esforço deste Conselho para pressão ao poder legislativo. Contudo, estes resultados não indicam que outras estratégias de *lobbying* estão sendo adotadas e quais os seus efeitos.

Novamente, a falta de documentos disponíveis nos sites da ANPEPP e SBP não indica, com segurança, a inexistência de *lobbying* por estes grupos. Outras estratégias podem estar sendo usadas, não apresentadas nestes sites institucionais.

Conclusão

Os resultados desta análise, de caráter exploratório, sugerem que a hipótese construída foi parcialmente refutada, isto é, o CFP parece estar engajado em ações de *lobbying* no campo da saúde mental, ao passo que as associações puramente acadêmicas parecem não estar. Esta conclusão deve ser vista com cautela, uma vez que o método de estudo usado foi exclusivamente a análise documental de documentos disponíveis nos sites até novembro de 2012. Estes dados podem não revelar, na totalidade, outras iniciativas de *lobbying* por estas associações, assim como esforços mais recentes para este fim.

Se este for um resultado que reflete verdadeiramente a prática de *lobbying* por estes grupos, trata-se de um cenário que precisa ser modificado. Tal como realizado pela Sociedade Americana de Psicologia (American Psychological Association, APA), que se dedica ao *lobbying* junto ao Congresso Norteamericano, as associações nacionais que congregam pesquisadores e profissionais que atuam na prevenção e promoção de saú-

de mental têm mensagens que precisam ser ditas aos tomadores de decisão que podem enriquecer o processo de formulação de Políticas Públicas na área. Trata-se de fazer uso da própria voz, como é esperado em regimes democráticos.

Um primeiro requisito para que estas associações fortaleçam suas práticas de *lobbying* em prevenção em saúde mental é ter o *que dizer sobre isto*, isto é, dispor de saberes especializados que informem burocratas ou políticos que atuam nas Políticas Públicas de interesse para a área. Neste sentido, Baggot; Jones (2011), em um estudo que tinha por objetivo descrever a atuação de organizações que buscavam promover ou representar interesses de pacientes, usuários e cuidadores na arena das Políticas Públicas na Inglaterra, identificou que tais grupos fazem pouca pressão para a prevenção e promoção de saúde e adotam como foco prioritário o tratamento. Um dos argumentos para esta negligência para a prevenção apresentados pelos participantes é que estes desconhecem que determinadas doenças possam ser prevenidas. É possível que isto também se aplique às associações em Psicologia, dada a amplitude desta área de conhecimento e a relativa falta de comunicação entre as especialidades. É possível que uma articulação mais estreita entre os acadêmicos que lidam com a prevenção a riscos e transtornos em saúde mental e estas associações (ANPEPP, SBP e CFP) seja útil para transformação destes grupos de interesse em grupos de pressão.

Estudos aprofundados acerca do *lobbying* feito por estas associações, com múltiplos informantes e múltiplas formas de avaliação, devem ser conduzidos. Especificamente, sugere-se a replicação do estudo de Mancuso (2007), feito com o empresariado brasileiro para descrição de seu desempenho como ator político, guiado pelos seguintes critérios de análise: atores focalizados, alvos destes atores, em que momento ocorre a atuação, quais as finalidades da atuação, quais as formas de atuação e quais os resultados da atuação. Estudos abrangentes podem subsidiar a construção de uma agenda de trabalho na área, com implicações para diversos grupos de interesse, como pesquisadores e docentes de um lado, e associações e conselhos de outro, com vistas a uma atuação mais incisiva para a construção de Políticas Públicas de prevenção em saúde mental baseadas em evidências de efetividade. Caso, a partir de pesquisas sobre *lobbying* em outras áreas da Psicologia e da Saúde, constatem-se situações semelhantes de de-

ficiência desta prática democrática, estratégias afins podem ser igualmente elaboradas, devidamente adaptas a cada contexto – fortalecendo assim a Psicologia em diferentes Políticas Públicas em Saúde.

Referências

ARAGÃO, M. **Grupos de pressão no Congresso Nacional:** como a sociedade pode defender licitamente seus direitos no Poder Legislativo. São Paulo: Maltese, 1994.

BAGGOTT, R.; JONES, K. L. Prevention better than cure? Health consumer and patients' organisations and public health. **Social Science & Medicine**, v. 73, p. 530-534, 2011.

CARVALHO, F. S. O papel dos grupos de interesse e de pressão na formatação e fortalecimento da democracia brasileira: o caso do Departamento Intersindical Assessoria Parlamentar (DIAP) durante o processo da Constituinte (1987/1988) Brasileira. **Aurora**, v. 3, n. 5, p. 32-39, 2009.

HALL, R. L.; REYNOLDS, M. E. Targeted issue advertising and legislative strategy: the inside ends of outside lobbying. **The Journal of Politics**, v. 74, n. 3, p. 888-902, 2012.

MANCUSO, W. P. Construindo leis: os construtores e as concessões de serviços. *Lua Nova*, 58, 61-87, 2003

MANCUSO, W. P. O empresariado como ator político no Brasil: balanço da literatura e agenda de pesquisa. **Revista de Sociologia Política**, v. 28, p. 131-146, 2007

OLIVEIRA, A. C. J. (2007). O lobbying institucional no Brasil: canal de comunicação entre estado e sociedade civil? **Cenários da Comunicação**, v. 6, n. 1, p. 57-64, 2007.

OLIVEIRA, A. C. J. Breve histórico sobre o desenvolvimento do lobbying no Brasil. **Revista de Informação Legislativa**, v. 42, n. 168, p. 29-44, 2005.

OLIVEIRA, S. A. **Prevenção em saúde mental no Brasil na perspectiva da literatura e de especialistas da área**. 2012. xxiv, 134, 29 f.. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

SCHEFFER, M.; BAHIA, L. (2011). Representação política e interesses particulares na saúde: o caso do financiamento de campanhas eleitorais pelas empresas de planos privados no Brasil. **Interface**, v. 15, n. 38, p. 947-956.

SICA, L. P. P. A regulamentação da ação de lobbying. **Jornal Valor Econômico**, ed. 30/08/2011, p. capa e p. A15, 2011.

TAGLIALEGNA, G. H. F.; CARVALHO, P. A. F. Atuação de grupos de pressão na tramitação do Projeto de Lei de Biossegurança. **Revista de Informação Legislativa**, v. 43, n. 169, p. 161-188, 2006.

4. PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE: A PSICOLOGIA NO SUS - RECONHECER POTENCIALIDADES E APRIMORAR COMPETÊNCIAS

Amanda Chelski da Motta

Wania Maria do Espírito Santo Carvalho

Este texto apresenta algumas reflexões sobre a inserção da Psicologia no Sistema Único de Saúde (SUS) e as potencialidades e desafios postos para os profissionais como integrantes das equipes multiprofissionais de saúde. Adicionalmente, do lugar de onde falamos, a recém-criada Escola de Aperfeiçoamento do SUS (EAPSUS)¹, esse debate nos auxilia na proposição de novos caminhos pedagógicos para aprimorar as competências destes profissionais e das equipes nos quais estes estão inseridos.

Iniciamos revisitando alguns acontecimentos históricos que marcaram as profundas mudanças operadas na saúde pública brasileira e realizamos uma breve exposição do que compreendemos ser o papel dos psicólogos neste contexto. A seguir apresentamos a Política de Educação Permanente do SUS, o conceito de Apoio Matricial e a discussão sobre a construção de uma proposta pedagógica que dê conta da educação permanente dos profissionais psicólogos na Atenção Básica (AB).

Para compreender o reconhecimento e a importância do trabalho em Saúde organizado a partir da atuação de equipes multiprofissionais, é im-

¹ A Escola de Aperfeiçoamento do SUS é uma das escolas que compõem o complexo educacional da Fundação de Ensino e Pesquisa e Ciências da Saúde (FEPECS) da Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). Criada em setembro de 2013, sua missão é “...contribuir para a formação de estudantes das instituições de ensino conveniadas, propor e desenvolver processos de educação permanente dos profissionais de saúde e demais atores envolvidos com educação em saúde, participação e controle social, com vistas ao fortalecimento do Sistema Único de Saúde do Distrito Federal- SUS/DF” (RI-EAPSUS, 2014).

portante recuperarmos os debates travados no campo da Saúde Pública, que trouxeram à tona a crítica ao paradigma biomédico em Saúde e a seus elementos inerentes, quais sejam: curativismo, biologicismo, unicausalidade, mecanicismo, especialização e individualismo e a emergência do conceito de Saúde Coletiva, debates esses que certamente influenciaram a construção do SUS.

O conceito de Saúde Coletiva se apresentou como contraponto a uma Saúde Pública pautada na lógica positivista, campanhista, preventivista, culpabilizadora e “dona da verdade”. Historicamente, a sua ação, que se configurou como administradora de interesses privados e do Estado em detrimento das necessidades e interesses da população, se estruturou biologicista-centrada, negando os aspectos sociais e psicológicos envolvidos no processo saúde e doença; ou seja, uma versão do modelo flexneriano, hospitalocêntrico e biomédico norte americano do início do século XX, travestida com o nome de pública.

No período da ditadura militar instaurada no Brasil em 1964, a adoção do modelo biomédico e a defesa dos interesses do complexo médico industrial, associados a falta de investimentos em saneamento básico, vacinação, informação em saúde, alimentação, habitação, educação, segurança, condenou ao adoecimento e à morte milhares de brasileiros. O Estado financiou o aumento do número de hospitais privados, incentivando sem controle a realização de exames, a medicalização e as hospitalizações.

Com o fim da ditadura militar, no bojo do processo de redemocratização do país e do Movimento da Reforma Sanitária, a histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) apontou o caminho para que a nova Constituição (BRASIL, 1988) consolidasse a Saúde como direito de todos e dever do Estado, garantida por meio da conquista de um sistema de saúde universal, pautado na integralidade e na equidade da atenção e do cuidado.

Referenciado no ideário de uma Saúde Pública voltada para o entendimento do modo de produção econômico e das formas organizativas da sociedade como determinante do processo saúde/doença - o que significa dizer que as pessoas adoecem e morrem de acordo com a forma como vivem, e que o modo a partir do qual a sociedade, as comunidades e as famílias se organizam são determinantes na produção e manutenção de

sintomas. O SUS se constituiu como uma política social ampla, voltada para responder ao bem-estar da população e não aos interesses privados. Este é um dos grandes desafios para sua consolidação, pois é sempre bom lembrar que, em tempos de neoliberalismo, as suas proposições são claramente contra-hegemônicas.

De todo modo, o SUS que ainda hoje buscamos consolidar ampliou o conceito de Saúde e exigiu mudanças profundas nas práticas profissionais, que precisam avançar para além dos problemas individuais na direção de compreendendo o binômio ‘saúde e doença’ como processo de produção coletiva.

Neste sentido, o trabalho em Saúde deve se pautar na mudança das condições de vida da população, articulando, no cuidado, a promoção da saúde e da cidadania. Para tanto, é necessário um novo posicionamento frente às questões sociais e a construção de uma nova relação entre as profissões de saúde, ou seja, é preciso que se construa uma práxis sanitária necessariamente interdisciplinar, que considere e contemple nas suas intervenções os aspectos biológicos, psicológicos e sociais.

Os psicólogos, como integrantes das equipes multiprofissionais, estão inseridos no SUS e se, durante muito tempo, tiveram sua atuação restrita à atenção hospitalar, nos últimos anos sua inserção vem se ampliando com a estruturação da Atenção Básica (AB), principalmente no contexto da Estratégia Saúde da Família (ESF). A política de AB, organizada por meio das ESF, equipes de atenção básica e dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), configura espaço privilegiado para os psicólogos, cuja atuação precisa ser amplamente debatida no âmbito da Academia e das Escolas do SUS.

A Psicologia foi regulamentada como profissão no Brasil apenas em 1962 e, historicamente, sua atuação foi fortemente marcada por compromissos com as elites e operada por meio de um trabalho pautado na tradição do profissional liberal, clínico, com atenção individual e direcionada aos padrões de uma clientela financeiramente privilegiada (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005). Lembramos que uma das razões históricas que contribuiu para a consolidação da clínica individual foi a proibição de práticas clínicas com grupos, bem como de atividades comunitárias e de redes sociais, nos anos da ditadura militar.

Se no campo teórico os fenômenos psíquicos foram prioritariamente abordados sem considerar as dimensões sociais, econômicas e políticas específicas dos contextos em que os processos de adoecimento e cuidado se constituíam; na prática, com a inclusão da Psicologia nas políticas públicas de saúde, o conhecimento psicológico precisou demonstrar sua aplicabilidade e utilidade no contexto de uma nova maneira de cuidar (BENEVIDES, 2005; DIMENSTEIN, 1998; 2001; 2003). Para construção desta nova forma de cuidar, novas práticas precisaram ser construídas, não mais centradas no paradigma da doença e da cura individual, mas na valorização do sujeito e na compreensão do sofrimento mental enquanto construção sócio-histórica.

De modo geral, o ingresso das diferentes profissões de saúde nos serviços públicos, mediante concursos públicos operados por meio de provas escritas, pressupõe uma formação generalista, o que por si só não representa um problema, mas que não valoriza as especificidades da formação e, via de regra, não considera a experiência prévia para lotação do profissional. A gravidade desse procedimento reside no fato de que o profissional selecionado pode mostrar-se inapto no processo de atendimento a determinados grupos de pacientes ou serviços. No caso dos psicólogos, a prova disto é que muitos profissionais, mesmo atuando como parte das equipes de Atenção Básica, permanecem vinculados ao atendimento individual, predominantemente focado no modelo clínico.

Mas o que se espera dos psicólogos no contexto da AB como integrantes das equipes do NASF? Diferentes estudos têm apontado para necessidade de construção de uma atuação inovadora, que integre subjetividade e objetividade, tanto no papel de mediador, como de catalisador das capacidades e recursos das pessoas, da família e da comunidade, favorecendo efetivamente a promoção da saúde e a inclusão social (DIMENSTEIN, 2001).

Nesta perspectiva, ressaltamos a possibilidade de realizar uma leitura dos diferentes atores sociais envolvidos na gênese da produção de sintomas relacionados à saúde mental, como a família, a escola, as igrejas, o trabalho, a associação de moradores, entre outros, e de poder dialogar com esses atores. Adicionalmente, por ser um profissional promotor do vínculo por excelência, os psicólogos podem desempenhar importante papel na constituição de vínculos entre profissionais e usuários, famílias e grupos e

entre a própria equipe de saúde da qual faz parte. Sua ação deve ser promotora da qualidade de vida e autonomia das pessoas, trabalhando com temáticas, problemas e questões relacionadas à realidade cotidiana vivenciadas nas famílias e nos diferentes grupos sociais.

No espaço dos NASF, o trabalho de apoio matricial nos territórios, instrumentalizando as equipes da ESF, potencializa a ação da Psicologia com foco na saúde e no fortalecimento das redes sociais com a inclusão de aspectos culturais, políticos e econômicos no processo de cuidado à saúde. Atuar no território pressupõe que se compreenda o território como expressão da vida cotidiana - segundo os modos de subjetivação coletiva pelos quais os homens se constituem a si mesmos e a sua história, por meio de fazeres particulares em que se tece aquilo que denominamos como “comunidade”. Milton Santos sempre alertou para o cuidado que precisamos ter para não confundirmos espaço e território, pois, embora o espaço perpassa o território, este resulta em uma categoria política para o espaço no qual se dá a existência do homem (SANTOS, 1996). A Psicologia Social discute os elementos essenciais para compreender o território e sabemos que toda atenção psicológica em saúde depende de um olhar sociológico sobre a constituição do sujeito e a produção de sintomas, mas ainda parece frágil a discussão desses conceitos no âmbito da ação da Psicologia na AB (PASINI, 2011).

Se por um lado ainda persiste por parte dos profissionais da Psicologia a dificuldade de se perceber como profissionais da saúde pública, por outro, no âmbito das equipes da ESF, também persiste a compreensão da atuação focada no modelo clínico individual, o que, insistentemente, resulta na agenda lotada do psicólogo.

Mas, se a atuação do psicólogo tem enfrentado desafios oriundos de uma formação inadequada para o perfil profissional requerido pelo SUS, cuja demanda é diferente da clínica privada, é preciso prepará-los para que possam desenvolver ações mais abrangentes, tais como: planejamento, organização e avaliação das ações e serviços de saúde, assim como para o desenvolvimento de ações de Apoio Matricial e condução de práticas conjuntas e integradas com a equipe de ESF – essência do NASF.

Cabe pontuar que, não raramente, os profissionais de saúde são absorvidos por uma leitura das questões sanitárias que informam ações de

controle, disciplina e regulação da população, e que desconsideraram as singularidades dos usuários e da comunidade, produzindo a *coisificação* do cuidado e a biologização dos problemas sociais. Nesta perspectiva, intervenções psicopedagógicas e medicalizantes buscam moldar comportamentos para afastar os perigos da vida - adoecimento, envelhecimento, violência e morte, apenas para citar alguns. Para todos os profissionais que atuam na Atenção Básica, ignorar as dimensões culturais, históricas e políticas na origem dos problemas e na formulação de diagnósticos, limitando-se ao domínio de sua especialidade, contribui para fragmentação do saber, do trabalho e do cuidado (STARFIELD, 2002). No caso dos psicólogos, acrescenta-se ainda o risco da *psicologização* dos problemas sociais.

O desenvolvimento das potencialidades da Psicologia no âmbito das equipes de saúde pressupõe repensar currículos e aprimorar competências. A tensão entre as normas prescritas, os ideais propostos e a experiência prática fazem parte da dialética do fazer. Assim, é preciso costurar as políticas, as reflexões e as ações para estabelecer referências que embasem o profissional em sua nova atuação. Para isso, é necessária uma melhor interlocução entre a gestão, a produção intelectual acadêmica e a experiência dos profissionais.

No âmbito das propostas pedagógicas para o aprimoramento de competências dos profissionais psicólogos no SUS, compreendemos ser necessário o fortalecimento de estratégias de ensino que articulem os saberes da Psicologia e da Saúde Coletiva, aprimorando a leitura dos profissionais sobre as necessidades de saúde da população, de modo a possibilitar a formação de sujeitos interessados em construir um projeto científico-profissional comprometido com a efetivação do SUS.

A Educação Permanente em Saúde

Reflexões em relação ao modo como são formados os profissionais de saúde são constantes entre teóricos do campo da Saúde, professores, gestores e estudantes da área. Este é um debate que se atualiza e reatualiza diante das dificuldades de construir um sistema de saúde universal, igualitário, resolutivo e com relações humanizadas.

No Brasil, na década de 1950, o projeto preventivista questionou o

modelo pedagógico de formação, o qual dava ênfase na dimensão biológica, no ensino médico centrado nos hospitais, no indivíduo e na patologia, e introduziu no campo da Saúde conceitos sociológicos e epidemiológicos, buscando a integração entre o bio, o psico e o social. Na década de 1970, o movimento da Medicina Social trouxe para a discussão da formação a necessidade de um campo teórico e de práticas que incluíssem a análise sobre sociedade, o que evidenciou que o cuidado em saúde envolve necessariamente várias dimensões.

A Reforma Sanitária também questionou a formação dos profissionais de saúde. O movimento reformista destacou a necessidade de formar profissionais que dessem conta de ofertar um cuidado integral, de acordo com as necessidades epidemiológicas e *loco-regionais* das populações. Para o movimento, as necessidades coletivas de saúde deveriam pautar a formação dos profissionais e o texto constitucional brasileiro incluiu no artigo 200, inciso III, que cabe ao Sistema Único de Saúde (SUS), “*ordenar a formação de recursos humanos*” (BRASIL, 1988).

No entanto, apesar da legislação garantir ao SUS a prerrogativa de ordenar a formação de recursos humanos na saúde, não é exatamente o que acontece na realidade. Os currículos dos cursos de graduação pouco dialogam com as necessidades do SUS e a abertura de novos cursos parece atender quase que exclusivamente demandas de mercado. Poucos estudantes saem das universidades realmente preparados para lidar com as demandas do SUS, derivadas das necessidades de saúde apresentadas por uma população que convive com grandes iniquidades sociais e toda ordem de doenças e agravos.

No decorrer dos últimos anos, diferentes iniciativas pedagógicas foram propostas para o aprimoramento das competências dos profissionais e, consequentemente das práticas em saúde: treinamentos, capacitações e ações educativas denominadas genericamente de Educação Continuada. A maioria destas iniciativas repete a mesma fórmula pedagógica da maioria dos cursos de graduação, o modelo escolar tradicional: transmissão de conhecimento enclausurada nas salas de aula, verticalização das relações e do conhecimento, fragmentação e especialização do saber e pouco contato com a realidade. A principal crítica a essas ações educativas é o fato do conhecimento descontextualizado gerar um distanciamento entre conteúdos teóricos e as reais necessidades dos profissionais e serviços. (FIGUEIRE-

DO, 2012). Nesta lógica, por não conseguir produzir respostas factíveis aos problemas vividos no cotidiano dos serviços, a educação perde potência e cai na descrença.

No intuito de superar o desafio da formação dos profissionais para o SUS e no SUS, o Ministério da Saúde propôs a Política Nacional de Educação Permanente (PNEP). Instituída em fevereiro de 2004, Portaria 198/GM/MS, a PNEP busca a transformação do trabalho em saúde operada por meio de ações educativas, compreendidas como ferramentas resultantes de uma atuação crítica, reflexiva, compromissada e tecnicamente eficiente, que incorpore o respeito às características regionais e às necessidades específicas de formação dos profissionais que trabalham em serviços de saúde.

A Educação Permanente tem como inspiração a pedagogia crítica e libertadora de Paulo Freire. As ideias freirianas defendem uma Educação produtora de autonomia, de valorização do conhecimento progresso, de horizontalidade na relação professor-aluno com a organização de rodas favorecendo o diálogo entre as pessoas, na perspectiva da transformação social. A PNEP defende a compreensão dos espaços de trabalho como espaços de educação, forjados na realidade e nas necessidades dos profissionais e serviços. A metodologia da problematização proposta na Política de Educação Permanente permite um deslocamento das ações educativas tradicionais em direção a ofertas contextualizadas política e pedagogicamente.

No entanto, cabe questionar se apenas os processos formativos dos profissionais, seja por intermédio de qualquer método que temos à disposição – liberais ou progressistas- são capazes de operar mudanças no cotidiano dos serviços que incluam a forma como os profissionais se relacionam nas equipes e com os usuários.

Entendendo que o conhecimento técnico é apenas uma das dimensões da qualificação, a formação dos profissionais de saúde deve também dar conta de outros aspectos, como a “produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS” (CECCIM; FEUERWERKER, 2004, p. 43). Assim, o processo de formação dos profissionais de saúde precisa dialogar com a rede de saberes e de experiências e, no diálogo, na prática dos encontros, produzir

outras formas possíveis de cuidar. É a potência dos encontros que abre espaço para criação e para produção de sujeitos e de cuidado. A prática de formação em serviço precisa considerar também as relações de poder e a dimensão de gestão e política envolvidas no processo, imbricando “teoria e prática, estudo e intervenção, clínica e gestão, e realçar a formação como dispositivo de coprodução de mudanças nos sujeitos, nas práticas e na organização dos serviços” (FIGUEIREDO, 2012, p.100).

Atenção Básica em Saúde: A Emergência de um Campo para a Psicologia no SUS

Alguns estudos indicam que a prevalência de transtornos mentais comuns variam de 22,7% a 38% (MARAGNO et.al., 2006). Mari et al. (2008) revelam que entre 33% a 56% dos pacientes atendidos em serviços de AB apresentam transtornos mentais comuns. Estes dados evidenciam que toda equipe de atenção básica ou equipe de saúde da família desenvolve algum tipo de manejo com sujeitos em sofrimento psíquico.

Ao considerarmos que há um componente de sofrimento subjetivo associado a toda doença, assim como há carga considerável de sofrimento em situações comumente atendidas na AB, como casos de violência, abusos de toda ordem e crises do ciclo vital, podemos concluir que a AB é locus fundamental para cuidados em Saúde Mental, sejam estes preventivos, de promoção à Saúde Mental ou assistenciais.

O processo de trabalho na AB é caracterizado por mergulho no território, atuação centrada no contexto familiar, continuidade e coordenação do cuidado, estabelecimento de vínculo, tornando a AB um campo de atuação privilegiado para o profissional psicólogo.

A Psicologia tem muito a contribuir com a AB, pois dispõe de uma série de recursos, de tecnologias leves e leve-duras, que podem ser perfeitamente incorporadas a AB contribuindo para ampliação do atendimento em Saúde Mental, bem como para a qualificação das ações realizadas na AB.

Dentre as possibilidades de atuação dos psicólogos no contexto da AB, lembramos que um dos arranjos preconizado pelo Ministério da Saúde brasileiro é o Apoio Matricial, por meio da inserção dos psicólogos nas

equipes de NASF.

Formulado por Campos (1999), o Apoio Matricial é um arranjo organizacional que tem como objetivo aumentar o grau de resolutividade das ações de saúde, produzir cuidado integral, estimular a coordenação do cuidado e a longitudinalidade da atenção. Este arranjo pressupõe uma mudança no organograma das instituições por meio da adoção de relações mais horizontalizadas entre as pessoas e os saberes.

O Apoio Matricial pode ser compreendido como uma das modalidades da “função apoio”. A “função apoio” aposta na inseparabilidade entre clínica e gestão, teoria e prática, ação e reflexão e na compreensão que a todo tempo os sujeitos e organizações estão sendo afetados pelas relações de poder, saber e afetos (OLIVEIRA, 2011).

O modelo tradicional de organização dos serviços de saúde é pautado no princípio da hierarquização, estimulando diferenças de poder entre profissionais nos diferentes níveis de atenção do sistema. O termo matricial, do conceito Apoio Matricial, propõe uma mudança de posição do especialista em relação ao profissional que demanda apoio. Ao propor que as instituições se organizem como uma matriz investe-se na criação de ações mais horizontais, possibilitando assim a superação da fragmentação e da desresponsabilização. O termo apoio indica o modo de operar na matriz, instituindo linhas transversais dialógicas, isto é, referências e especialistas passam a operar não mais com base na autoridade, mas por meio do diálogo e do compartilhamento de saberes e afetos (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Deste modo, o arranjo organizacional com a inserção de equipes de referência e de apoio matricial procura deslocar o poder das profissões e corporações, reforçando o poder de gestão da equipe interdisciplinar. A equipe de apoio matricial caracteriza-se por ofertar apoio no seu núcleo de saber, na sua “especialidade”, para outros profissionais. A grande aposta deste arranjo é o enfrentamento da fragmentação dos saberes e do cuidado e a instituição de práticas de co-governo no trabalho em equipe (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Os conceitos de Campo e Núcleo são fundamentais para compreender o trabalho com apoio matricial, pois explicitam o trabalho interdisciplinar, sem negar as especificidades de cada saber e de cada profissão. Assim, o Núcleo compreende os conhecimentos, práticas e técnicas particulares de

cada profissão, é o que conforma a identidade profissional, as atribuições e as responsabilidades assumidas em nome de uma profissão. O Campo é o espaço de interseção entre os conhecimentos e as práticas; no Campo os limites são permeáveis e existe uma sobreposição entre ambas as esferas, é o espaço no qual todos os profissionais de saúde deveriam atuar, independentemente da sua categoria profissional (FIGUEIREDO, 2012).

Existe uma delimitação sobre o que compete ao profissional psicólogo - regulamentada por leis, diretrizes, portarias, e regulada pelo conselho profissional. São atribuições e competências inerentes a profissão, práticas que os identificam como psicólogos e para as quais as universidades buscam formá-los. No entanto, quando se pensa em cuidado integral em saúde, a atuação das profissões, inclusive da Psicologia, é ampliada para um local em que os domínios são compartilhados, e assim deve ser.

O método do Apoio Matricial envolve ações de suporte às equipes de referência em duas dimensões: a assistencial e a técnico-pedagógica. A dimensão assistencial é compreendida como aquela em que os profissionais da equipe de apoio prestam atendimento diretamente à população, mediante pactuação prévia com a equipe, como também dão suporte para as equipes de referência compartilhando atendimentos, atividades coletivas e operando projetos terapêuticos singulares. Esta é a dimensão mais evidente de Apoio Matricial, pois organiza-se a partir da assistência, vocação estruturante das profissões da saúde.

Já a dimensão técnico-pedagógica do Apoio Matricial pressupõe suporte educativo para a equipe de referência, por meio de discussões de casos, leituras e discussão de textos, como também ações realizadas conjuntamente com a equipe de referência, como consultas, visitas domiciliares e grupos. A dimensão técnico-pedagógica contribui para o aumento da capacidade resolutiva das equipes na medida em que possibilita o compartilhamento de saberes qualificando a atenção prestada pelos profissionais.

Desta forma, as equipes e/ou os profissionais de apoio, por intermédio do suporte técnico-pedagógico, realizam ações de “transferência tecnológica” numa perspectiva cooperativa e horizontal. O compartilhamento de conhecimentos possibilita maior ganho de autonomia das equipes e dos profissionais. Nesta perspectiva, o psicólogo, ao discutir e compartilhar atendimentos com os profissionais de referência sobre o manejo de pes-

soas com sintomas depressivos, por exemplo, contribui para que progressivamente esses profissionais consigam manejar esse tipo de situação com mais segurança, autonomia e qualidade.

Neste sentido, no lugar de condutas mediadas por papéis, como formulários de referência e contra-referência e relações verticalizadas, no Apoio Matricial o que regula o processo de trabalho das equipes é a relação de cuidado pactuada.

Apesar dos psicólogos que atuam na clínica trabalharem fundamentalmente com o estabelecimento de vínculo com os usuários, no que se refere ao trabalho em equipe, via de regra, apresentam muitas dificuldades. Estas dificuldades têm raízes na formação acadêmica, que pouco tem estimulado o compartilhamento de saberes. Durante a graduação, quantos estudantes de Psicologia têm a oportunidade de desenvolver projetos multiprofissionais e reflexões interdisciplinares? Quantos desenvolvem leitura, raciocínio clínico ou vivência para além do seu núcleo profissional?

A emergência de ações de Apoio Matricial é uma forma de desconstruir estes “especialismos” e de criar novas práticas a partir da interlocução de saberes e da capacidade criativa das pessoas, diminuindo assim a conduta prescritiva dos profissionais de saúde, inclusive dos psicólogos, fazendo emergir o cuidado como prática compartilhada produtora de vínculo e autonomia. Neste sentido, a implantação do Apoio Matricial tem potencial para aflorar uma nova cultura organizacional, pautada menos no corporativismo e mais no compromisso com a produção de saúde da população e dos profissionais (OLIVEIRA, 2011).

Diante deste cenário, como formar profissionais psicólogos que deem conta do seu núcleo de saber e ao mesmo tempo consigam operar no Campo? Por quais caminhos a Escola de Aperfeiçoamento do SUS pode seguir?

A Educação Permanente em Saúde ea Construção de uma Proposta Pedagógica para Atuação da Psicologia na Atenção Básica

O desafio colocado é construir uma escolado SUS e para o SUS, que proporcione ofertas educacionais capazes de dialogar com as reais neces-

sidades dos serviços e dos profissionais, que atue na formação de trabalhadores capazes de instituir novas formas de cuidado, fugindo da abordagem fragmentada e investindo na produção de acolhimento e encontros.

Nesta perspectiva, defendemos a associação de diferentes, novas e criativas estratégias pedagógicas. Temos como pressuposto “atravessar o trabalho pela formação”(CECCIM, 2010, p.77), isto é, interrogar como o cotidiano produz conhecimento e práticas. É a partir do cotidiano vivo dos serviços que procuramos compreender as questões apontadas para a educação (CECCIM, 2010). É na interrogação das necessidades do serviço, no diálogo com os trabalhadores e gestores, na valorização dos conhecimentos e vivências dos trabalhadores que pautamos a construção de ofertas pedagógicas, buscando implicar trabalho e formação, desejos pessoais e perspectivas profissionais.

Neste sentido, compreendemos que as ofertas pedagógicas para os psicólogos e demais profissionais que compõem ou irão compor os NASF ou arranjos semelhantes de apoio matricial, demandam o desenvolvimento de processos de formação que contemplem o aprimoramento da capacidade destes profissionais. Neste sentido, propomos um modelo pedagógico que vise expandir:

- a competência dos trabalhadores de operarem tanto na dimensão técnica (no Núcleo) como de atuarem no Campo;
- o conhecimento do SUS e das políticas públicas; e,
- o aperfeiçoamento da capacidade relacional, tanto para o trabalho em equipe, como para o desenvolvimento de competência para lidar com o próprio sofrimento e o do outro.

Entendemos que processos formativos que contemplem todos estes aspectos permitirão a emergência das habilidades técnicas e da criatividade de cada profissional, e das equipes, para lidar com a realidade imposta pelo trabalho. No caso específico dos psicólogos que atuam na AB, é fundamental que, além do desenvolvimento das competências técnicas e relacionais, seja desenvolvida a capacidade de entender o Campo da Saúde Mental, reconhecendo limites e possibilidades da sua atuação, assim como das demais profissões que compõem este Campo, desenvolvendo a capa-

cidade de trabalho em equipe e ampliando o olhar sobre as alternativas de cuidado existentes.

Em nome do cuidado, há que se abandonar velhas contendas entre profissões e reconhecer a potência do *fazer junto*; apenas desta maneira seremos capazes de produzir cuidado que inclua a totalidade da vida do sujeito. A consolidação eo avanço da Reforma Psiquiátrica não estão apenas na substituição dos manicômios pelos CAPS e pela AB, está fundamentalmente na capacidade dos profissionais de não reproduzirem as mesmas práticas. E, neste sentido, enquanto escola de formação para profissionais que estão inseridos no SUS, a nossa proposta é dar espaço para emergência destas novas práticas, por intermédio da construção conjunta, para que possamos ter maior contato com a realidade e assim identificarmos necessidades reais de formação, oferecendo processos pedagógicos potentes, além de fomentar a Educação Permanente.

Considerações Finais

Estudos epidemiológicos indicam que milhões de pessoas sofrem de algum tipo de transtorno mental. O sofrimento psíquico é hoje uma das principais causas de incapacidade para o trabalho e sabe-se que um enorme quantitativo de pessoas não recebe nenhum tipo de tratamento ou acolhimento para seu sofrimento.

A inserção dos psicólogos na AB, operando por intermédio de arranjos de Apoio Matricial, é uma aposta para garantir acesso e qualidade para o cuidado em Saúde Mental nos territórios.

Para que o Apoio Matricial seja realmente efetivo e para que as equipes de referência assumam parte do cuidado que lhes cabe, é preciso que os apoiadores matriciais assumam efetivamente a função de apoiadores, ofertando um cardápio diversificado de opções de apoio para as equipes como: grupos, consultas e visitas compartilhadas, discussões de caso, operacionalização de projetos terapêuticos com clara divisão de responsabilidade entre profissionais da equipe de apoio e equipe de referência, bem como espaços de análise do trabalho e das relações.

Um dos desafios colocados para a efetivação do Apoio Matricial é a formação de profissionais, inclusive dos psicólogos, para atuação na

AB com este arranjo. Neste sentido, o desafio colocado para esta escola e para as demais instituições que trabalham com profissionais do SUS é aperfeiçoar a formação profissional dos psicólogos, bem como de outros profissionais, no sentido de ampliar a capacidade e a qualidade do diálogo com os demais campos de saber. Assim, é fundamental que nos ocupemos com o desenvolvimento de currículos que possibilitem o aprimoramento de competências técnicas, éticas e relacionais (FIGUEIREDO, 2012).

Entendemos também que a Academia deve estar cada vez mais próxima da realidade do SUS, em especial da AB. É a Academia que se ocupa prioritariamente do Núcleo e, neste sentido, é fundamental que um psicólogo conclua sua graduação com habilidades para o trabalho no SUS para além do manejo de casos clínicos. Consideramos como potente nesta aproximação entre Academia e AB os projetos de extensão, programas de estágio e de pós-graduação, como mestrados profissionais e residências multiprofissionais.

E, finalmente, reconhecemos a necessidade premente de realização de pesquisas, principalmente de abordagem qualitativa, para trazer do campo as impressões vivas dos atores envolvidos, propiciando mais conhecimento sobre a prática, sobre a concepção do trabalho do psicólogo na AB e sobre a cocriação e recriação constante de fundamentos e reflexões úteis para o embasamento da prática de novos e antigos profissionais que compõem as equipes de trabalhadores do SUS.

Referências

- BENEVIDES, R. A psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.
- CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A psicologia e a Estratégia Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 393-403, 1999
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007
- CECCIM, R. B. A educação permanente em saúde e as questões permanentes à formação em Saúde Mental. **Cadernos de Saúde Mental**, v. 3, n. 1, p. 67-90, 2010.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M. O quadrilátero da formação para área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

DIMENSTEIN, M. 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.

DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001.

FIGUEIREDO, M. D. **A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: Apoio Paidéia e formação**. 2002. 341 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2002.

FORTES, S. et al. Nosological profile and prevalence of common mental disorders of patients seen at the Family Health Program (FHP) units in Petropolis. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, n. 1, p. 32-37, 2008.

MARAGNO, L. et al. Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006.

OLIVEIRA, G. N. (2011). **Devir apoiador: uma cartografia da função apoio**. 2011. 168 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, 2011.

PASINI, V. L. Formação em serviço: ensaiando modos de ser e fazer em Saúde. In: TOMANIK, E. A.; CANIATO, A. M. P. (Orgs.). **Psicologia Social: desafios e ações**. Maringá: ABRAPSO, 2011. p. 47-56.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

WESTPHAL, M. F.; SANTOS, J. L. F. Práticas emergentes de um novo paradigma em saúde: o papel da universidade. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 71-88, 1999.



EIXO 2

**CENÁRIOS E APRENDIZAGENS:
O CAMINHO SE FAZ
AO CAMINHAR**

5. A PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA: DESCOBERTAS, CONQUISTAS, CONSIDERAÇÕES E DESAFIOS NO NASF

Larissa Polejack

Pérolla Melo Goulart Gomes

Marina Reis Nobre de Miranda

Marcelo Pedra Martins Machado

O estabelecimento da Atenção Básica (AB), enquanto ponto capital da hierarquização do SUS, traz, além de uma proposta de reorganização da estrutura para incremento da eficiência no serviço, uma nova visão e compreensão sobre a Saúde. Nesta visão inclui-se uma percepção inovadora sobre o papel dos profissionais e de suas formas de trabalho; a Psicologia está inserida neste cenário amplo de revisão das perspectivas de Saúde Coletiva, ao mesmo tempo em que debate internamente suas perspectivas de atuação, considerando seu desenvolvimento no Brasil e suas potencialidades. No presente texto resgatamos os aspectos conceituais e históricos da AB e apresentamos resultados recentes sobre uma das possíveis inserções dos psicólogos neste ponto de atenção. Ainda, consideramos o contexto atual desta categoria profissional e indicamos tópicos que se mostram relevantes no processo contemporâneo de construção do papel da Psicologia no atendimento transdisciplinar da promoção, prevenção, acompanhamento e construção da saúde.

A Lógica de Atendimento: Aspectos Históricos, Teóricos e Documentais

A Reforma Sanitária brasileira foi um processo fundamental para abrir a possibilidade de repensar modelos de atenção e atuação profissional em Saúde: em um cenário de redemocratização global e ainda afetado pelo choque do pós-guerra, o frenesi dos avanços tecnológicos em Medicina passa a ser observado também sob o ponto-de-vista do desenvolvimento

humano e subjetivo. A resignificação do conceito de Saúde e a inclusão dos fatores intersetoriais como seus determinantes são fruto de um acúmulo de reflexão, pesquisa e debate, documentados paulatinamente em uma série de convenções mundiais realizadas a partir da década de 1970. No Brasil, este processo se fez presente na Reforma Sanitária Brasileira, cujo ápice legal é a Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990.

Com a promulgação desta lei, conhecida como a Lei Orgânica de Saúde, passa-se a ter como base para a nova formatação da Saúde Pública brasileira a descentralização. Nos artigos 7º e 8º, esta lógica emerge ao definir um sistema disposto em âmbitos distintos, cuja coordenação se dá “de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente”. Tem-se daí a perspectiva de atenção à saúde, que é a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população em consonância aos princípios e diretrizes estruturantes definidos nesta mesma Lei e manifesta em políticas, programas e serviços (MATTA; MOROSINI, 2008.). Esta é uma tendência oposta ao curativismo, em que o serviço se aproxima do atendimento pontual destinado a debelar uma questão limitada e individualizada, pois apresenta como contraproposta à estruturação de ações e serviços de saúde dimensionados a partir da demanda e conhecimento da realidade local e do território. O pressuposto desta organização é prestar uma atenção continuada, de caráter preventivo e inclusivo, que compreende a atuação em saúde como um processo ampliado, construtivo e compartilhado.

Chega-se, assim, à definição da Rede de Atenção de Saúde (RAS). As diretrizes e conceitos desta foram determinados na Portaria GM/MS Nº 4.279/10. Esta portaria aborda o Pacto pela Saúde; a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB; a Política Nacional de Promoção a Saúde – PNPS; a Regionalização Solidária e Cooperativa; e a descentralização para estabelecer que:

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2012, p. 294)

Assim sendo, os níveis de atenção foram divididos em três áreas de aplicação: cuidados primários, atenção especializada e cuidados de urgência e emergência. Estruturaram-se por meio de arranjos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor à maior densidade, respectivamente: Atenção Básica, Atenção Secundária e Atenção Terciária. Os Pontos de Atenção Secundários e Terciários configuram espaços de apoio de “diferentes densidades tecnológicas para a realização de ações especializadas (ambulatorial e hospitalar), no lugar e tempo certos” (BRASIL, 2012, p. 303), sendo constituídos pelos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico (patologia clínica, imagens, entre outros) e pelo sistema de assistência farmacêutica (portaria nº 4.279). Este equipamento estratégico parte do pressuposto de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção e com remissão sempre à sua base, que é a Atenção Básica.

A AB é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado. Para cumprir este papel, a AB deve ser o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, pois constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. Deve exercer um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.

Esta organização estratégica define na prática a AB como ponto de atenção fundamental do sistema de saúde brasileiro. Isso se dá enquanto concretização de processos históricos, políticos e culturais que envolvem determinada concepção de saúde, bem como uma perspectiva acerca do objeto e dos objetivos de suas ações e serviços. Tais questões definem quais e como devem ser as ações e os serviços de saúde, a quem se dirigem, qual o seu campo de influência e intervenção e a forma de organização para as referidas metas. No Brasil isso significa a adoção de um modelo assistencial de saúde que concebe esta de modo integral, processual e subjetivo, estabelecendo como resposta a tal demanda uma oferta de serviço com atuação intersetorial, altamente capilarizado e próximo do usuário, orien-

tado “pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social” (PNAB, p. 9). A proposta de fortalecimento da atenção de base à saúde vem no bojo da discussão sobre a necessidade de rever o modelo de atenção à saúde, que, como citado antes aqui, foi historicamente voltado para ações curativas e pouco preventivas, com ênfase na patologia e não na promoção da saúde.

O primeiro grande marco neste processo de revisão de conceitos sobre Saúde é a Declaração de Alma-Ata, como ficou conhecido o produto da I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada em 1978 pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). Neste evento 134 países assinaram o pacto ‘Saúde para Todos no Ano 2000’, com o compromisso de atingir o maior nível de saúde possível até o ano 2000 através do que se chamou ‘cuidados primários de saúde’; a definição destes prevê serviços com bases consolidadas científica, prática e socialmente, bem como universalidade, acessibilidade comunitária e participação social e capitalização eficiente, estabelecendo aspectos de desenvolvimento social e econômico global na concepção de saúde. No período posterior à Declaração a APS foi alçada a referência para as reformas sanitárias de vários países nas décadas de 1980 e 1990 (LAVRAS, 2011). Neste espírito, promovida pela OMS em 1986 no Canadá, ocorre a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que deu origem à Carta de Ottawa; esta mantém a perspectiva da declaração soviética e reforça o caráter comunitário e subjetivo da saúde, trazendo os determinantes sociais a partir da ‘advocacia da saúde’ e o papel da educação, da autonomia, da participação social e do protagonismo no processo de promoção de saúde.

No Brasil, o mesmo debate existe desde a década de 1970, de quando data o início do Movimento da Reforma Sanitária. No mesmo ano de Ottawa, a luta conduzida contra a ditadura em nome de princípios sociais, trabalhistas e em atenção à comunidade se concretiza com a 8ª Conferência Nacional de Saúde, contando com sanitaristas, acadêmicos e políticos lado a lado com representantes da população. Lá, o Movimento observou a falência do sistema meramente assistencialista do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) e utilizou-se de um espaço inicialmente burocrático para promover o debate sobre mudanças que

transbordavam o sistema e atingiam todo o setor saúde, introduzindo uma nova idéia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população (BERTOLLI FILHO, 1996).

Orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, foi composta em 2012 a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Os fundamentos e diretrizes norteadores dessa nova política são:

- Ter território adstrito sobre o mesmo;
- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde;
- Adscrever os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades;
- Estimular a participação dos usuários como forma de ampliar sua autonomia e capacidade na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas e coletividades do território, no enfrentamento dos determinantes e condicionantes de saúde, na organização e orientação dos serviços de saúde a partir de lógicas mais centradas no usuário e no exercício do controle social.

(Adaptado de BRASIL, 2012, p. 20-23)

A PNAB se compromete, dentre outras coisas, a repensar as composições de equipes e o leque de atividades praticadas por esse ponto de atenção. Ela reconhece a singularidade das diversas realidades brasileiras, que necessitam de atenção e cuidado diferenciados, elaborando estratégias

de trabalho que contemplem a especificidade de cada território. O Agente Comunitário de Saúde – ACS, fundamental nessa nova política, por exemplo, propõe que este sujeito seja da própria comunidade - entendido como conhecedor das particularidades, dos desafios e das potencialidades locais - dentro das equipes de saúde. Isso permite que os saberes culturais locais sejam cada vez mais apropriados pelos profissionais especializados. Além do ACS, existem outras estratégias e programas baseados no princípio de regionalização e na proposta de capilarização das ações, dentre os quais estão incluídas as equipes de Consultório na Rua, a presença e articulação com o Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), e a criação de Unidades Básicas de Saúde nas regiões fluviais, ribeirinhas e indígenas. Ainda buscando aproximar-se das necessidades das comunidades, as atividades da AB são realizadas por equipes multiprofissionais, inseridas nos lugares de moradia, de trabalho, de convivência e de lazer do território. Tais atividades podem ser expandidas para ações intersetoriais, como é o caso das vinculações feitas entre as equipes de Saúde da Família e os programas Saúde na Escola e Melhor em Casa, que realiza atendimentos domiciliares, possibilitando a continuidade do cuidado.

Em capítulos posteriores serão detalhados alguns dos programas e políticas supracitados. Por ora, vamos adentrar na Estratégia de Saúde da Família e, mais especificamente, nos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (Nasf), uma das equipes que preveem a atuação dos profissionais de Psicologia na Atenção Básica.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: Pressupostos e Estratégias

O modelo central de trabalho da PNAB é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), que surge como proposta de organizar, expandir, qualificar e consolidar as ações da AB no país. As Equipes de Saúde da Família (eSF) se organizam em equipes multiprofissionais e incluem, no mínimo, médicos generalistas ou especialistas em saúde da família, enfermeiros, auxiliares ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo ser acrescida de profissionais de saúde bucal. Cada eSF deverá se

responsabilizar pelas atividades de cuidado de uma população de, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas.

A fim de aumentar a eficácia e a resolutividades das ações das eSF, o Ministério da Saúde, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, lançou a proposta de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf). Esta ação procura inserir no cenário da AB profissionais de especialidades antes não contempladas nas equipes de referência dos territórios. As equipes Nasf são equipes de apoio, que tem como missão vincularem-se as eSF e criarem espaços de discussão e construção sobre o cuidado, com o objetivo de produzir trocas de saberes entre os profissionais e compartilhamento da responsabilização pelo cuidado e pelo reconhecimento das demandas de saúde locais, que nem sempre se limitam a males fisiológicos, mas que abrangem amplas questões sociais, sanitárias, físicas, psíquicas, políticas, econômicas, culturais e ambientais de uma população.

Segundo Campos (1999), essa organização de trabalho dividida em equipe de referência e equipe de apoio facilita a vinculação terapêutica entre profissionais de saúde e os usuários, uma vez que cada equipe tem uma clientela estabelecida, que pertence a um território adscrito sob sua responsabilidade. Desse modo, a forma tradicional de trabalho, pautada na referência e contrarreferência, é interrompida e cria espaço para uma prática de acompanhamento contínuo, em que um paciente nunca deixa de ser cliente da equipe de referência, independentemente de ele ser acompanhado também por profissionais das equipes de apoio.

O encontro entre as diferentes categorias profissionais incorporadas na ESF permite a valorização de cada profissão de saúde, tendo em vista que a identidade de cada uma é mantida por um arranjo de troca de saberes e práticas e por uma responsabilização coletiva pela produção de saúde.

A partir da implementação dos Nasf, exige-se uma revisão das práticas de encaminhamento, que são substituídas por ações conjuntas, como, por exemplo, consultas compartilhadas, discussões de casos, interconsultas, construção conjunta de projetos terapêuticos, ações intersetoriais, ações de educação permanente dos profissionais e da população, estímulo da participação social, fomento da educação popular, promoção da saúde

e humanização. De acordo com o disposto nos Cadernos 27 e 39¹, procura-se, assim, desconstruir a lógica fragmentada de trabalho e fortalecer a estrutura de redes de atenção. A principal diretriz que conduz as práticas dos Nasf é a integralidade, compreendida em seus três sentidos:

(a) a abordagem integral do indivíduo levando em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; (b) as práticas de saúde organizadas a partir da integração das ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura; além de (c) a organização do sistema de saúde de forma a garantir o acesso às redes de atenção, conforme as necessidades de sua população. (BRASIL, 2010, p.16)

As equipes Nasf podem ser de três tipos:

- Nasf 1 - vinculada a, no mínimo, cinco e no máximo nove eSF e composta por, no mínimo, cinco profissionais. Estes podem ser: médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.
- Nasf 2 - responsabilizada pelo apoio de três a quatro eSF e composta por, no mínimo, 3 profissionais de ocupações não coincidentes, no mesmo rol de categorias profissionais do Nasf 1.
- Nasf 3 - apoiando de uma a duas eSF. O arranjo dos profissionais de cada equipe Nasf é feito pelos gestores de saúde locais, que procuram disponibilizar os recursos primordiais para abordar as necessidades de saúde da região específica.

1 Os Cadernos de Atenção Básica são publicações do Ministério da Saúde; contando com volumes numerados de 1 a 39, os quais abordam temas importantes acerca deste ponto da atenção à saúde. Neste texto, são utilizados os cadernos nº 27 (BRASIL, 2009) e 39 (BRASIL, 2014), ambos sobre o Nasf. Os demais volumes e mais informações sobre as publicações podem ser encontrados em <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php>.

O cenário que hoje se apresenta do Nasf em âmbito nacional (Fonte: Brasil, Sala de Apoio à Gestão Estratégica: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 10/10/2015)

Nasf 1 (5 a 9 equipes)	2.322
Nasf 2 (3 ou 4 equipes)	767
Nasf 3(1 ou 2 equipes)	809
Total	3.898

Dentre as diversas categorias profissionais que trabalham nestes 3.898 Nasf, o psicólogo está presente em 81% destas equipes. O Nasf apresenta-se não como um potencial campo de atuação, mas como uma realidade significativa para a categoria.

Atividades realizadas pelos Nasf devem privilegiar ações conjuntas e compartilhadas. Resgatando os Cadernos da Atenção Básica, percebe-se que, para que haja um processo de construção dinâmica e constante entre os profissionais, algumas atividades são estabelecidas para o Nasf: definição de indicadores de resultados e metas de trabalho, a exemplo da incorporação de saberes de profissionais de diferentes categorias, que levem a diminuição do pedido de consultas desnecessárias aos profissionais do Nasf; estabelecimento de agendas de trabalho, que contemplem as atividades pedagógicas - como a participação em reuniões de eSF, discussões e construção de projetos terapêuticos e temas teóricos - e atividades assistenciais - como atendimento compartilhado e visitas domiciliares, quando necessárias; fomentar o trabalho em equipe, estimulando a aprendizagem desse modelo de funcionamento, uma vez que grande parte dos profissionais chegam ao serviço com um déficit de formação acadêmica em relação a essa forma de trabalho.

Para que as equipes Nasf consigam organizar seu processo de trabalho, são utilizadas algumas ferramentas desenvolvidas na saúde pública brasileira, dentre as quais podem ser citadas: a Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS), do Projeto de Saúde no Território (PST) e o Apoio Matricial.

A Clínica Ampliada está fundamentada na expansão da compreensão acerca do processo saúde-doença. Ela se aplica a todos os profissionais de saúde, naquilo que diz respeito a estimular práticas que consigam abarcar para além dos recortes privilegiados de cada especialidade. Para isso, é ne-

cessário o reconhecimento da complexidade e singularidade das situações vividas pelos usuários do serviço de saúde, o que exige uma construção compartilhada dos diagnósticos e das terapêuticas, pautada em ações intersetoriais, bem como no compartilhamento das decisões com os próprios usuários. Essa ampliação do objeto de trabalho, da patologia para o processo potencial de saúde e adoecimento, leva a uma transformação nos meios de trabalho, formando nossos arranjos e dispositivos, que enaltecem a comunicação transversal na própria equipe e entre equipes. Este modelo de trabalho preza por espaços de suporte aos profissionais de saúde, onde eles possam reconhecer-se como sujeitos “não neutros” e que, portanto, têm dificuldades e potenciais para lidar com os diversos problemas subjetivos e sociais que surgem no meio de trabalho, e onde eles possam transformar os desafios e as próprias limitações em ações compartilhadas e efetivas.

O Projeto Terapêutico Singular (PTS) pode ser produzido para indivíduos, grupos ou famílias. Trata-se de um estudo clínico aprofundado que gera propostas de ações em saúde construídas coletivamente por equipe interdisciplinar para e com um determinado sujeito, individual ou coletivo. O seu desenvolvimento começa com o diagnóstico acerca do problema e dos recursos oferecidos para lidar com ele; passando para a definição de metas, que podem ser de curto, médio e longo prazo, e na qual será responsabilizado um profissional de referência, com o qual o usuário tem melhor vínculo; e finalizando com a avaliação da ação, baseada na evolução do caso e nas possibilidades daquilo que ainda pode ser feito.

O Projeto de Saúde no Território (PST), direcionado para as eSF e os Nasf, tem como objetivo identificar áreas e/ou populações vulneráveis ou em risco de determinado território e formar redes entre serviços de saúde e políticas sociais de modo a gerar qualidade de vida e autonomia a sujeitos e comunidades. Para sua concretização, o PST deve ser construído a partir da participação social e da intersetorialidade, além de priorizar a promoção da saúde. É fundamental a pacto com líderes sociais ou instituições importantes do território, que ajudem as equipes de saúde a entender o processo histórico e singular que gerou a vulnerabilidade/risco, a estabelecer as prioridades das necessidades de ações e para que a população se sinta inserida e capacitada a se responsabilizar e reformular projetos de saúde para ela própria. O PST busca estabelecer redes de cogestão e corresponsabilidade, instaurando um processo de cooperação e parceria entre os diversos atores sociais do território.

A Questão do Apoio Matricial

A organização tradicional do serviço de saúde, calcada na especialização de cunho curativo e assistencialista, parte do pressuposto da verticalidade, onde há uma linha hierárquica de autoridade daquele que recebe um caso e o repassa a outras instâncias, criando uma transferência de responsabilidade no ‘encaminhar’. A comunicação neste processo se dá através de informes escritos da metodologia clínica clássica, tais como pedidos de parecer, formulários e registros em prontuário compartilhado. Este sistema encontra falhas em aspectos práticos e ideológicos, e uma nova proposta integradora visa transformar a esta lógica tradicional por meio de ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais.

Em pesquisa sobre as organizações e o trabalho em Saúde, Gastão Wagner de Sousa Campos desenvolveu os conceitos de apoio matricial e equipe de referência (CAMPOS, 1998; 2000; 2003).

O Apoio Matricial em saúde objetiva assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde, de maneira personalizada e interativa. Opera com o conceito de núcleo e de campo (...) e pretende oferecer tanto retaguarda assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes de referência. Depende da personalização da relação entre equipes de saúde, da ampliação dos cenários em que se realiza a atenção especializada e da construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas que oferecem Apoio Matricial. (CAMPOS; TENÓRIO, 2011, p. 964)

As concepções revisitadas de campo e núcleo advém do princípio de enxergar o movimento da Saúde Coletiva brasileira como esteira de transformações estruturais, tanto quanto culturais e políticas; não apenas a oferta de serviços estatais e privados foi alterada com o advento do SUS, mas também a compreensão sobre o processo de saúde-doença e todo o princípio de produção de saúde. Um dos desdobramentos disso é uma visão diferenciada acerca dos domínios disciplinares e da prática profissional dentro deste novo contexto, afastando-se da premissa positivista do traba-

lho em saúde. Evocando a já inegável interdisciplinaridade nas práticas de saúde, Campos propõe que a concepção de cada profissão quanto a aportes teóricos e atuação seja recharacterizada a partir da integração dos diferentes aportes no movimento contínuo de intervenção.

A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000).

Esta é a visão sobre ação de profissões e profissionais, considerando-a já em um cenário de diferentes níveis de atenção e atuação organizados, quando da construção dos preceitos do apoio matricial. Neste caso, o termo matricial se refere a uma mudança de posição do especialista em relação ao profissional que demanda seu apoio, combatendo a fragmentação do processo em etapas estanques e individualizadas a partir de ações transversais; da mesma forma, o termo apoio evoca uma relação horizontal com base em procedimentos dialógicos para substituição da autoridade (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Tais rearranjos relacionais e estruturais têm como objetivo construir, no âmbito gerencial, uma cultura organizacional democrática, e no plano epistemológico um manejo do conhecimento que valorize a singularidade dos casos e possibilite um equilíbrio dinâmico entre os saberes dos vários profissionais de uma equipe ou de uma rede assistencial (CAMPOS; TENÓRIO, 2011).

O supra exposto espelha uma perspectiva de mudança na fragmentação da atenção, consolidar a responsabilização clínica, valorizar o cuidado interdisciplinar e contribuir para a regulação das redes assistenciais.

Na PNAB as equipes de referência são as Equipes de Saúde da Família – eSF, enquanto as equipes de retaguarda e suporte são as equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Aplica-se então, segundo apresentado no Caderno 27, a proposta da interdependência entre os profissionais generalistas e especialistas, priorizando a construção de objetivos comuns em um time com uma clientela adscrita bem definida. Congregar as diferenças explorando a riqueza desta pluralidade de olhares e saberes de

forma positiva e construtiva passa a ser uma das funções mais importantes da coordenação (gerência) de uma equipe de referência. No serviço expressam-se as dimensões de suporte assistencial e técnico-pedagógico: “a dimensão assistencial é aquela que vai produzir ação clínica direta com os usuários, e a ação técnico-pedagógica vai produzir ação de apoio educativo com e para a equipe. Essas duas dimensões podem e devem se misturar nos diversos momentos” (p. 12).

Fica patente, portanto, a transversalidade da Educação Permanente em todo o processo, permeando aspectos tanto de formação acadêmica quanto de ação em serviço e assistência:

Enquanto ‘prática de ensino-aprendizagem’ (*a Educação Permanente*) significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia-a-dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança. Apoia-se no conceito de ‘ensino problematizador’ (inserido de maneira crítica na realidade e sem superioridade do educador em relação ao educando) e de ‘aprendizagem significativa’ (interessada nas experiências anteriores e nas vivências pessoais dos alunos, desafiante do desejar aprender mais), ou seja, ensino-aprendizagem baseado na produção de conhecimentos que respondam a perguntas que pertencem ao universo de experiências e vivências de quem aprende e que gerem novas perguntas sobre o ser e o atuar no mundo. (CECCIM; FERLA, 2008)

Este é um ponto a ser debatido ideologicamente, sob a pauta da construção do serviço e das práticas assistenciais enquanto estratégias de consolidação dos princípios de integralidade e equidade do SUS. Segundo Ceccim (2005, p.161):

a Educação Permanente em Saúde, ao mesmo tempo em que disputa pela atualização cotidiana das práticas segundo os mais recentes aportes teóricos, metodológicos, científicos e tecnológicos disponíveis, insere-se em uma necessária construção de relações e processos que vão do interior das equipes em atuação conjunta, – implicando seus agentes –, às práticas organizacionais, – implicando a instituição e/ou o setor da saúde –, e às práticas interinstitucionais e/ou intersetoriais, – implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde.

O Psicólogo no Nasf: Resultados de Pesquisa

O histórico da mudança na atenção à saúde apresentado acima demanda uma revisão do modelo de atuação profissional que, apesar da resistência, vai ganhando o seu espaço. O processo de transformação vai aos poucos acontecendo, de uma lógica de trabalho verticalizada, individual, fragmentada e patologizante, para chegar a um entendimento do usuário como agente de sua própria saúde e dos profissionais como participantes que trabalham em uma lógica horizontal e de múltiplos saberes. Compreendendo a AB como lugar privilegiado para a aplicação desse arranjo organizacional inovador, e entendendo que as equipes Nasf seriam instância privilegiada para a atuação dos profissionais da Psicologia na lógica da transversalidade multidisciplinar e humanizada, floresceu o desejo de se pesquisar a atuação dos profissionais de psicologia nos Nasf.

- Nesse contexto, o grupo INTEGRA - Grupo de Estudos em Psicologia e Políticas Públicas em Saúde - vinculado à Universidade de Brasília, ao Instituto de Psicologia e ao Departamento de Psicologia Clínica, tem realizado a pesquisa intitulada “Ampliando o olhar sobre a atuação do profissional de psicologia na Estratégia de Saúde da Família no DF”. O objetivo de tal estudo, como evidenciado em seu título, foi conhecer como está organizada a atenção psicossocial na Estratégia de Saúde da Família no Distrito Federal, em especial a atuação dos profissionais de psicologia no Nasf e na atenção a pessoas vivendo com a cronicidade. O estudo foi dividido em duas etapas: Etapa 1 – Levantamento bibliográfico, a partir de consulta a bases de dados acadêmicas e compilação de documentação pública acerca do tema;
- Etapa 2 – Contato com a realidade dos Nasf por meio de observação participante, entrevista semi-estruturada com gestores, gerentes, profissionais de saúde e rodas de conversa com usuários.

Será privilegiada neste texto a primeira etapa da pesquisa, com a intenção de estimular a reflexão e a discussão acerca das competências estabelecidas para os profissionais psicólogos na legislação da atenção primária e aquilo tem sido executado na prática profissional, verificado mediante leitura de artigos publicados sobre o assunto.

O processo de revisão bibliográfica foi feito a partir dos descritores: a) Saúde da família e Equipe de Referência; b) Psicologia e Estratégia de Saúde da Família; c) Psicologia e Matriciamento; d) Psicologia e Equipe de Referência; e) Psicologia e Atenção Primária; f) Psicologia e Atenção Básica; g) Psicologia e Nasf. A busca ocorreu no ano de 2013, através das bases de dados Scielo, PubMed e Lilacs, limitando-se a publicações em português e dos últimos 10 anos. Foram encontrados 155 documentos, entre artigos e documentos técnicos governamentais. Como critérios de exclusão da busca utilizou-se leitura do título e dos resumos dos artigos: primeiramente foram excluídos aqueles que não faziam referência a Atenção Básica; a seguir, retirou-se os que tanto no título quanto no resumo não continham algum dos descritores citados acima. Na última etapa, foram eliminados os que tratavam de outros sujeitos que não eram da equipe de atenção básica ou do grupo de usuários. Ao final, computou-se 35 artigos e três documentos oficiais, todos lidos. Apenas cinco artigos falaram especificamente sobre o Nasf e, portanto, foram analisados detalhadamente.

Através da pesquisa bibliográfica, observou-se que no âmbito federal, o Ministério da Saúde pouco se expressa sobre o exercício do profissional psicólogo. No que diz respeito à Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), não há atribuição específica a tal categoria profissional, e tampouco a quaisquer outras que estejam contidas nos Nasf. O documento da PNAB delimita deveres e funções apenas para profissionais da eSF, a saber: médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais de saúde bucal.

Já no que concerne ao Caderno 27 da Atenção Básica: Diretrizes do Nasf (BRASIL, 2010), verifica-se a valorização de atividades transdisciplinares. Ao falar das estratégias de políticas públicas abarcadas pela AB, a exemplo da Saúde Mental, evidencia-se a necessidade do comprometimento, em primeiro lugar, da equipe de referência do caso em atendimento, e do uso de ferramentas como o Projeto Terapêutico Singular, a consulta compartilhada, a discussão de casos e a interconsulta. Destaca-se que, para o melhor manejo da saúde mental na AB, é ideal que aconteça um trabalho compartilhado de suporte matricial entre as eSF e os profissionais dos Nasf ou, ainda, recomenda-se o matriciamento entre os profissionais da eSF e as demais equipes com profissionais de saúde mental, lotadas nos dispositivos de saúde mental, como CAPS, ambulatórios de especialidades e hospital geral.

No entanto, nem mesmo nesse documento é feita referência explícita quanto ao papel do profissional psicólogo, seja em qualquer uma das áreas estratégicas de trabalho. A definição dos deveres e atividades dos psicólogos é compreendida apenas de maneira ampla, visto que é listado e definido nesse documento aquilo que deve ser feito por todos os profissionais inseridos no Nasf, isto é: definir indicadores de resultados e metas de trabalho; estabelecer práticas de natureza pedagógica a partir de discussões conjuntas, reuniões de matriciamento, práticas de educação permanente e construção de projetos terapêuticos, e também atividades de natureza assistencial, quando solicitadas pelas eSF; e fomentar o trabalho em equipe.

No caderno 27 da Atenção Básica, o Ministério da Saúde defende a aquisição, por parte de todos os profissionais das equipes, de conhecimentos acerca do ser integral que recorre à rede de atenção à saúde. Assim, os profissionais inseridos na AB caminhariam para qualificarem-se em diferentes competências que versam desde o acolhimento à construção de redes de cuidado resolutivas. Sobre o assunto, afirma-se que:

Geralmente, as necessidades complexas expressas por parte significativa da população não podem ser satisfeitas com base apenas em tecnologias utilizadas por esta ou aquela especialidade, mas, sim, exigem esforços criativos e conjuntos inter e transdisciplinares, mobilização de recursos institucionais e comunitários, bem como recursos materiais e subjetivos que somente podem ser articulados a partir da construção de projetos terapêuticos singulares, ajustados entre o usuário e sua rede social significativa. (BRASIL, 2007, p. 42)

Representando a categoria profissional, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) organizou o documento “A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família” (CFP, 2009). Este foi elaborado a partir de um evento sobre o tema, no qual ocorreu uma fala inicial do próprio CFP seguida do compartilhamento de experiências de diversos psicólogos trabalhadores da AB e suas reflexões sobre o papel do psicólogo nos Nasf. Na apresentação, o Conselho previu primeiramente ações dos psicólogos voltadas para a Saúde Mental, no intuito de promover “atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que

propicie o acesso ao sistema de saúde e à reinserção social” (p. 28). Em um segundo plano, o documento definiu que a prática psicológica perpassa:

ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis; ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação. (CFP, 2009, p. 28)

A exposição dos relatos profissionais, porém, demonstra uma vaga noção de qual é de fato o papel dos psicólogos no Nasf. Alguns deles, inclusive, alegam a não compreensão daquilo que se espera desse profissional, devido à lacuna presente na portaria 154, que não cita as atividades competentes aos psicólogos, e a uma má gestão na implementação das equipes e da contratação de profissionais para essa estratégia política. Isso faz com que os psicólogos se utilizem de processos “criativos e inventivos” de trabalho, o que dá a entender que cada um faz aquilo que parece ser mais coerente, abrangendo práticas distintas. Vários relatos partem de uma lógica interdisciplinar de trabalho, onde está contemplada a responsabilidade do cuidado, pautada na prática do matriciamento, corroborando as diretrizes e atividades previstas para o Nasf. No entanto, observa-se que quando citadas as atividades realizadas pelos psicólogos, busca-se suprir as demandas governamentais e sociais de gerar respostas rápidas aos problemas encontrados na comunidade e isso não significa construir o conhecimento sobre determinado território, retomando a história daquela população e a construção conjunta de estratégias de intervenção específicas, mas implica na simplificação das ações, muitas vezes reduzidas a fragmentação do cuidado, distribuindo determinadas demandas para suas respectivas especialidades.

Observa-se na fala da grande maioria dos participantes do evento que compôs o documento do CFP, que foi realizado logo após a implementação do Nasf como estratégia política, que a construção do papel do psicólogo no Nasf privilegia o trabalho clínico. Além disso, apesar da percepção da possibilidade de ampliação das atividades do psicólogo, ainda impera um reducionismo quanto ao campo de atuação da psicologia, em que a saúde mental é dominante. É sabido que o trabalho da psicologia em saúde men-

tal é de grande relevância, mas dentro da atenção básica, lugar fundamental de prevenção e promoção de saúde, torna-se essencial que o modelo de ação contemple também o processo social de produção de saúde e não somente os possíveis tratamentos das doenças. Não se trata apenas de levar o saber do especialista psicólogo para os profissionais generalistas inseridos na eSF, como foi mencionado por determinados palestrantes, mas de contemplar a multifatorialidade do que é saúde e de construir em equipe possibilidades de uma atuação integral.

A respeito dessa questão, Léo Nepomuceno (CFP, 2009) problematiza:

Algo que inquieta no modo como o Nasf está preconizado, na portaria que o institui, é a Psicologia colocada somente dentro do marco da Saúde Mental. Tal inquietação se dá pelo fato de que a Psicologia, na Saúde Pública, já tem essa história de trabalhos vinculados a um tipo de prática clínica reducionista, ligada a uma visão limitada à cura de psicopatologias e à reprodução de práticas de atenção ambulatorial de atendimento individual, de enfoque psicopatologizante. As contribuições da Psicologia à ESF e ao SUS são bem mais amplas e transcendem a dimensão curativista. (CFP, 2009, p. 55)

Destaca-se ainda nesse documento o desafiador papel do psicólogo nesse nível de atenção, uma vez que exige desse profissional a interlocução entre aspectos que foram separados durante a formação, dentre os quais se encontram a habilidade pedagógica, organizacional, social, institucional, clínica, etc. Sem a habilidade de dialogar com todas essas facetas do trabalho, o profissional sente a lacuna ao ter que lidar com as equipes multiprofissionais, ao ter que desenvolver ações intersetoriais, ao construir diálogos e projetos com a comunidade e ao se inserir na esfera das políticas públicas. Todos esses fatores influenciam na reprodução do papel mais conhecido e mais valorizado em que se encontra o psicólogo, que seria mais uma vez curativista.

Todavia, o documento apresenta não só os desafios, mas também aponta possibilidades de ampliação na prática do psicólogo no Nasf. As contribuições deste profissional perpassam a potencialização de recursos como acolhimento, criação de diálogos entre os membros da equipe e entre o serviço e a comunidade, fortalecimento de redes de auto-cuidado e apoio social nos territórios, além de contribuições nas quais a subjetividade e a

singularidade dos grupos e dos indivíduos possam ser reconhecidas. Dentre as tantas possibilidades de atuação, Nepomuceno (CFP, 2009, p. 59) destaca também a participação “(...) nos espaços deliberativos e de gestão das políticas do SUS. Fortalecer nossa atuação na assistência à saúde da população brasileira, a partir do Nasf, nos dará mais força e consistência enquanto atores sociais”.

Não apenas no documento do CFP aparecem divergências, desafios e potenciais acerca do papel do psicólogo nos Nasf. A análise dos artigos também apresenta diferentes olhares e atuações do profissional nesse campo. Na leitura geral dos artigos, que tratavam da Atenção Básica e não só do Nasf, verificou-se que: dentre 35, 24 deles situam o psicólogo na saúde mental. Pegolo Da Gama; Koda (2008) argumentam que existem importantes pontos de convergência entre a proposta da eSF e o modelo que orientou a Reforma Psiquiátrica, principalmente no que concerne a uma ampliação dos determinantes e condicionantes influentes no processo de adoecimento e da forma de trabalho que passa a ser executada em parceria com a comunidade, dando autonomia e valorização aos espaços comunitários, ao invés da centralização na medicalização e hospitalização. Azevedo; Kind (2013), ao contarem sobre a história da Psicologia na Saúde Pública, lembram que nos anos 1990 os psicólogos se inseriram nesse campo através do movimento da Reforma Psiquiátrica. As autoras ainda fazem a reflexão sobre a noção de apoio matricial, que aparece nos anos 2000 e que a princípio acontecia entre os Centros de Atenção Psicossocial e os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, como uma prática inovadora que permitiu aos psicólogos da saúde mental exercerem intervenções extraclínicas, institucionais e psicossociais.

No entanto, a denominação saúde mental, que é usada por grande parte dos psicólogos que atuam na saúde pública, gera estranhamento quando pensamos na proposta da Atenção Básica. Compreende-se que o uso desse termo durante a inserção do psicólogo no SUS teve notável importância, tendo em vista a luta pela Reforma Psiquiátrica. Pensa-se que seu amplo uso nos dias de hoje demonstra um apego por um aparente nicho específico e privativo de tal categoria, que ainda está em processo de fortalecimento dentro da esfera pública. Por vezes, inclusive, o uso do termo se torna ambíguo, uma vez que no desenvolver do texto, percebe-se que o psicólogo executa atividades para muito além da saúde mental. Por isso, se faz ne-

cessária a reflexão acerca do termo, pois, sabendo do modelo atual da AB, em que o princípio norteador central é a integralidade, não faz sentido a reprodução da dicotomia mente-corpo, que fragmenta não só o indivíduo, mas também o seu cuidado.

A leitura dos cinco artigos específicos sobre os psicólogos no Nasf demonstra que as práticas psi estão sendo construídas pelos profissionais em campo. O estudo desenvolvido por Azevedo; Kind (2013), por exemplo, trata de uma integração do Nasf com a Política de Reabilitação no SUS-BH, que enfatiza as ações de promoção à saúde, de reabilitação e de inclusão social. Nesse contexto, a atuação do psicólogo no Nasf se dá por meio do atendimento individual, das visitas domiciliares e dos trabalhos coletivos com grupos, todos voltados para a reabilitação. A avaliação acerca do tipo de atividade e o planejamento das possíveis intervenções a serem realizadas acontecem conjuntamente em reuniões semanais entre os componentes das equipes. As autoras deixam claro que os atendimentos individuais não se configuram como psicoterapia, mas condizem com a realidade do serviço, em que muitas vezes um encontro pontual e singular pautado em orientações ao usuário é suficiente para trazer benefícios para o seu autocuidado.

Sundfeld (2010), a partir de um relato de experiência, critica a forma contemporânea de disciplinarização e medicalização da vida, que é reproduzida pelas instituições que formam parceria com os Nasf, como as escolas, o conselho tutelar e as famílias, além dos próprios membros da eSF. A autora entende a clínica ampliada como uma possibilidade de modificar essa realidade, a partir da criação de um espaço de experimentações, desconstrução de artifícios técnicos há tempos consolidados e, principalmente, abertura para a emergência de processos de subjetivação dos usuários e dos profissionais. Ela argumenta também que para que ocorra de fato uma reforma do pensamento dos atores não é suficiente lançar o conceito “clínica ampliada” como diretriz sem acompanhar como ele acontece na ponta. Dessa maneira, defende-se que a psicologia assume papel de destaque na contribuição do olhar sob a subjetividade, em que impera uma escuta mais sensível e atenta às necessidades e dispositivos comunitários, causando indagações e rupturas no saber-fazer estabelecido pelas equipes.

Além disso, o profissional psicólogo coopera na estruturação do acolhimento e no fortalecimento dos vínculos entre a equipe e a comunidade.

de, instigando o exercício de novos modos de refletir, habitar e trabalhar no mundo. Nessa perspectiva, a autora mapeou as demandas que chegam aos psicólogos dos Nasf e as consequentes reflexões que elas geram nas equipes. Dentre as solicitações de cuidado, estavam incluídas queixas referentes a crianças abandonadas pelos pais, crianças com comportamentos agressivos, extremamente agitados ou crises nervosas, usuários com sintomas depressivos e outros com síndrome de pânico, falta de apoio e cuidado com paciente idoso e com portador de deficiências, dentre outras.

Portanto, no seu ponto de vista, a atuação do psicólogo pressupõe a conexão da saúde mental com ações de saúde em geral, em um desenvolvimento conjunto de estratégias de promoção e atenção a saúde. A prática acontecia por meio de visitas domiciliares e de reuniões semanais que abordavam os casos e construía estratégias de intervenção a partir da troca de conhecimento de diferentes especialidades e das contribuições advindas dos agentes comunitários em saúde. Para operar na direção da subjetividade tornou-se fundamental conhecer os mecanismos de produção que norteavam a abordagem dos casos por parte dos profissionais, na qual era percebida uma inclinação moral e cristalizadora de saúde e que aos poucos foi sendo transformada.

Os últimos três artigos analisados estão inseridos no contexto de formação, sendo um referente a estágio supervisionado em curso de graduação, outro a residência multiprofissional e o terceiro a um programa de aprimoramento profissional em formato de pós-graduação *Lato Sensu*. Chama a atenção a frequência com que esse tema aparece nos artigos lidos. Quase a metade dos 35 artigos citam uma limitação na formação do profissional de Psicologia; isto revela um direcionamento curricular para a Psicologia Clínica, o que gera uma defasagem no conhecimento acerca da Saúde Coletiva, muitas vezes adquirido informalmente através de entusiasmo pessoal do estudante pelo assunto. Isso implica em uma atuação do psicólogo, ao iniciar sua prática no serviço da atenção básica a saúde, ainda vinculada ao atendimento individual e ambulatorial.

Santeiro (2012) discute sobre o estágio supervisionado em Psicologia Clínica no contexto do Nasf. As atividades executadas pelos alunos são atendimentos individuais que acontecem mediante encaminhamento de outros membros das equipes. O autor defende essa prática a partir do argumento de que os profissionais se inspiram em auxiliar pessoas em si-

tuação de sofrimento de qualquer natureza, e de que aquilo que os define clínicos são as ferramentas teórico-técnicas com as quais trabalham e não necessariamente o contexto em que se inserem. A centralidade do artigo, porém, diz respeito a formação emocional do psicólogo que se encontra despreparado para lidar com os desafios do SUS. Conclui-se que desde esse momento existe uma desmotivação do estudante em trabalhar nessa esfera devido ao sentimento de impotência e exaustão, que acarretam um adoecimento mental tanto nos alunos quanto nos trabalhadores dos Nasf. Revela-se nesse estudo a falta de conhecimento prévio por parte dos alunos acerca do funcionamento do SUS e uma lacuna no desenvolvimento crítico acerca das questões sociais e políticas presentes nesse contexto, em que atuações intersetorialidade e de rede têm-se mostrado mais efetivas.

Meira; Silva (2011) discorrem acerca da inserção de psicólogos em programa de residência multiprofissional nos Nasf. Por não haver práticas pré-estabelecidas para esse núcleo em campo, os residentes iniciaram suas atividades envolvendo-se com a Saúde Coletiva. A despeito da resistência das eSF em aceitar que os psicólogos executassem práticas para além da clínica individual e curativista, ao longo do artigo acompanha-se a construção de papel desse profissional em uma lógica alinhada com as diretrizes do SUS e da eSF. É ressaltado o constante aprendizado em trabalhar *com* as equipes e não *para* elas, de modo a possibilitar a troca de saberes entre os profissionais. A mudança no processo de trabalho ocorreu a partir de estratégias coletivas que envolveram questões sobre o acolhimento, a elaboração da cartografia do território e o estabelecimento de reuniões de casos. A contribuição da Psicologia ocorreu em campos educativos e assistenciais, sendo a promoção do Serviço de Escuta Psicológica (SEP) a única atividade realizada especificamente por tal especialidade. Destaca-se a importância de tal serviço como disparador dos processos que minimizam o sofrimento psíquico do usuário e da inserção da práxis da Psicologia no trabalho em saúde.

Em um apanhado histórico acerca do papel da psicologia na atenção básica, Gorayeb et al. (2012) afirmam que desde o princípio houve uma dificuldade em compreender o papel que este profissional deveria desempenhar. Assim como em outros estudos aqui apresentados, os autores constatam que tanto a população como os psicólogos priorizam o atendimento individual e que, apesar da insatisfação de determinados profissionais com essa prática que não otimiza o serviço e que isola o profissional, eles não

demonstravam possuir recursos ou iniciativas que realizassem uma atuação diferente e mais adequada. Nesse contexto é apresentado um programa de aprimoramento profissional (PAP) realizado nos Núcleos Saúde da Família vinculados à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. A identificação de necessidades e o conhecimento do território mediante a compreensão das condições de moradia, dos equipamentos sociais presentes, dos serviços e das práticas e valores culturais foi primordial para o planejamento do trabalho a ser desenvolvido. Todo esse processo foi feito em conjunto com outros profissionais do Nasf em uma troca de conhecimento acerca de como prevenir doenças e promover saúde, face a mudanças nos perfis demográficos e nos padrões de risco da população adscrita. Os autores sistematizam a atuação dos psicólogos nos núcleos como divididas em duas frentes de trabalho: uma voltada para o suporte a equipe e outra para a realização de intervenções com a comunidade. Na primeira frente evidencia-se a necessidade de auxiliar os profissionais a analisar seus comportamentos no contato com a população e com os outros profissionais. Já a segunda estava pautada em visitas domiciliares, atendimentos individuais e familiares e coordenação de grupos. Os atendimentos individuais abarcavam suporte psicológico, triagem e atendimento individual em psicoterapia breve, mas os grupos constituíam a principal forma de atuação com os usuários, em atividades coordenadas por psicólogos e outros membros da equipe.

Em função da leitura dos cinco artigos sobre a psicologia nos Nasf, conclui-se que tal categoria profissional pode contribuir de modo importante para o processo de concretização dos princípios da eSF. Para tanto, é imprescindível colocar à prova o saber específico para que haja uma abertura para troca e corresponsabilidade entre os trabalhadores das equipes, o que exige, inclusive, uma reestruturação nos currículos de graduação e pós graduação em direção a uma formação que capacite profissionais a adquirir habilidades de atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração, gerenciamento e educação permanente, como instituído nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Psicologia (BRASIL, 2011).

Curiosamente constata-se que o matriciamento, um dos principais conceitos do Nasf, é citado poucas vezes nos artigos. Apesar disso, a descrição de algumas atividades dos psicólogos permeia os ideais do apoio matricial,

uma vez que buscam construir um trabalho em equipe multiprofissional, pautada em estudos que caso e atividades conjuntas que visam o cuidado integral do usuário. Em termos quantitativos, nos 35 artigos sobre a atenção básica, 13 falavam sobre matriciamento; e, nos 5 artigos específicos do Nasf, apenas 2 se referiram ao conceito. Devemos considerar ainda que em determinados casos esse apoio nomeado matricial referia-se ao suporte oferecido pelos profissionais de saúde mental dos Caps para os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, reproduzindo a referência e contrarreferência ainda em uma lógica de encaminhamento em vez do itinerário terapêutico e da corresponsabilização preconizados pela clínica ampliada.

Um dos maiores desafios no desenvolvimento do papel matriciador é a fragmentação do cuidado, na qual o atendimento clínico individual como o serviço de exclusividade do psicólogo ganha força. Outro obstáculo diz respeito ao descumprimento das diretrizes do Nasf, no tocante à não atuação dessa categoria em atividades de porta de entrada do serviço. No entanto, verifica-se que a demanda por atendimentos individuais, mesmo que em formato de psicoterapia breve ou em espaços de escuta psicológica, aparecem com frequência nos cinco artigos apresentados. Entende-se que existe sim uma necessidade de expansão na formação do psicólogo, na maneira como ele atua e na expectativa que os profissionais de outras áreas têm dele. Entretanto, não há como negar que a população sente necessidade de espaços de acolhimento para o sofrimento psíquico que ainda não se configura como transtorno, como ansiedades, lutos e demais questões de ordem prática que envolvem a vida cotidiana das famílias e indivíduos. Entendendo a atenção básica como espaço de promoção de saúde e prevenção de doenças em que as pessoas poderiam ser acompanhadas em diversas instâncias de sua experiência de vida, faz sentido pensar que tais acompanhamentos teriam espaço para acontecerem pontualmente. Eles não devem, apenas, ser prioridade das atividades exercidas pelo profissional de Psicologia para que não se torne uma ação complementar aquelas das eSF, mas que seja feita em planejamentos a partir de projetos terapêuticos singulares que tragam riqueza ao acompanhamento que vem sendo feito pela equipe inteira.

Além dos diversos desafios já apontados nesse capítulo - desconhecimento sobre o papel do psicólogo no Nasf; formação deficitária acerca do trabalho em equipe e acerca do SUS, das políticas públicas e do serviço em rede; lacuna na portaria que instituiu o Nasf – Campos; Guarido (2010)

afirmam que viver o contraditório na prática psicológica da Atenção Básica e percorrer o caminho do consultório para o espaço social é renunciar de um espaço protegido para iniciar um processo de construção e reconstrução constante que se mostra a cada novo instante. Há momentos em que o profissional se encontrará em situações nas quais não sabe agir, em que a equipe estará solicitando e a comunidade cobrando, e isso é o processo de criação, em que um profissional não é protagonista, mas parte integrante de um todo que se constitui em prol da saúde.

Outro grave problema apresentado é a descontinuidade dos projetos montados em parcerias entre profissionais que entram e saem das equipes com frequente rotatividade, a descontinuidade das políticas e da gestão das mesmas, que trazem implicações severas para o serviço e para o papel de cada profissional. Se é desejado que o profissional de psicologia seja capaz de exercer função de vetor articulador entre os demais da equipe, de gerar um ambiente para que eles entrem em contato com a subjetividade da comunidade e que se apropriem de práticas de acolhimento e escuta diferenciada que possibilite a efetivação da clínica ampliada, é essencial que as equipes se mantenham por um tempo mínimo para que os resultados do trabalho comecem a aparecer.

Sabe-se que a portaria que cria o Nasf traz aos psicólogos um grande desafio, não só pela grande quantidade de equipes que junto a sua própria ele terá que matricular, mas observa-se nesse capítulo que existem criações de alternativas de processos de trabalho que superam os moldes tradicionais de atuação e dão voz a esse psicólogo como profissional competente para potencializar diversas formas de protagonismo social.

Considerações sobre os Resultados

O Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira mostrou-se como um movimento substancialmente organizado, apresentando sua pauta de politização e democratização da Saúde com uma proposta de reorganização de estrutura estatal a partir da recomposição do conceito de Saúde enquanto aspecto subjetivo e ético-normativo. Era, portanto, um processo de revisão e discussão sobre relações de cuidado, modelos de atenção e presença do Estado; propunha uma mudança profunda de paradigma ao

mesmo tempo em que desnudava o cenário em crise da época:

Além de denunciar a deterioração progressiva das condições de vida e saúde da população brasileira, o documento ² assinala a crescente mobilização popular e direciona essas tendências à construção do conceito de crise da medicina brasileira, decorrente de uma política socioeconômica privatizante, empresarial e concentradora de renda. Tal política tanto reduziu os gastos em saúde pública quanto privilegiara a assistência hospitalar, curativa e de alta sofisticação, incapaz de suprir as necessidades sanitárias da população brasileira (FLEURY, 2009).

A proposta da criação do SUS é uma reação ao que se via sobre modelos de atenção, insumos e medicamentos, relação da saúde com o ambiente; principalmente, o uso político da rede de serviços, o que inclui financiamento e organização, relação público-privada, recursos humanos. A resposta a isso trata do aporte da saúde como bem de caráter público, assumindo o poder de seus determinantes sociais e estabelecendo o direito a este como universal e inalienável. Isso implica em reconhecer a responsabilidade de comunidade, trabalhadores e Estado em sua realização, bem como levanta a questão da promoção ativa da saúde. Segundo Fleury (2009), este processo reformador demanda, além outras mobilizações, a generalização da consciência sanitária, a construção de um paradigma fundado na determinação social da saúde e da organização das práticas, o desenvolvimento de uma nova ética profissional.

Neste contexto e sob esta lógica de atuação se insere o psicólogo na atualidade, nas políticas públicas, no sistema de saúde e na Atenção Básica. Torna-se premente problematizarmos a formação, as práticas, os referenciais teóricos e éticos, os settings de trabalho, as estratégias de comunicação e relação com as demais categorias profissionais. Como nos aponta Carvalho (1988), existe uma substancial distância entre as formas de atuar que a profissão tem apresentado no campo da saúde e as demandas contemporâneas, que exigem uma atuação abrangente e plural.

No que tange ao campo da formação, em especial na graduação dos

2 O documento a que a autora se refere é “A questão democrática na área da Saúde”, formulado pelo CEBES em 1979 e entregue à Câmara, participando do processo que culminou no SUS.

profissionais, a bibliografia aponta para além da mera revisão dos currículos, que apresentam teorias e técnicas descontextualizadas e com uma forte tendência a eliminar a historicidade das práticas em saúde (LO BIANCO, 1989). O contexto atual dos serviços de saúde pauta novas habilidades e competências dos trabalhadores, e as universidades seguem formando profissionais sob a lógica do liberalismo e restritos a atuações de ordem individualizada. A incorporação de novos cenários de prática para os estágios curriculares da graduação, como a atenção básica, parece ser cada vez mais pertinentes no percurso de formação dos psicólogos, podendo funcionar como contraponto à ainda predominante formação nos moldes ambulatoriais.

Os termos *clínica* e *saúde mental* também recebem um convite à ampliação das significações. Por ‘clínica’ entendemos a experiência de recolocar o sujeito (usuário e equipe) no plano da subjetivação que é produzido no plano coletivo (BENEVIDES, 2005), uma aposta de que clínica e a ação política de atuar na produção de coletividade não estão separadas. Assim, clinicar, em especial na AB, não pode se limitar aos atendimentos individuais; esta seria apenas uma das diversas formas de atuação do psicólogo entre muitas outras que podem produzir autonomia e corresponsabilidade. Da mesma maneira, denominar como ‘saúde mental’ apenas os casos mais graves de sofrimento psíquico e casos que se referem ao uso abusivo de álcool e outras drogas também parece inadequado face às muitas formas de manifestação do sofrimento psíquico no contemporâneo e para as quais a ideia de promoção de saúde se apresenta como estratégia privilegiada de trabalho para o psicólogo, tendo como parceiras a longitudinalidade e a integralidade, elementos do cuidado com um campo de possibilidades muito mais forte na AB, como serviço calçado na dinâmica do território.

Por fim, a revisão nos permite constatar que há muitos pontos de contato entre o acúmulo das categorias *psi* com a Reforma Psiquiátrica e os preceitos fundamentais da AB (PEGOLO DA GAMA; KODA, 2008), com destaque para a construção da clínica psicossocial que nos permite pensar o trabalho do psicólogo em conjunto com usuários, famílias e comunidades, assim como oferece a oportunidade para que o profissional utilize estratégias de trabalho do campo da Pedagogia, Sociologia, Antropologia; enfim, ampliando seu repertório de ações no intuito de estar atento, aberto e melhor preparado para as multiplicidades do campo da saúde.

Referências

- AZEVEDO, N. S.; KIND, L. Psicologia nos núcleos de apoio à saúde da família em Belo Horizonte. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 33, n. 3, p. 520-535, 2013.
- BENEVIDES, R. (2005). A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.
- BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996. 71 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Resolução Nº 5, 15 de março de 2011**. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, estabelecendo normas para o projeto pedagógico complementar para a Formação de Professores de Psicologia. Brasília: Ministério da Educação, 2011.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de informações para a gestão interfederativa do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa / Departamento de Articulação Interfederativa, 2012. 354 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. **Cadernos de Atenção Básica**, Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília, n. 27, p. 1-160, 2009.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica** /Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Brasília, v. 1, n. 39, p. 1-118, 2014.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde/ Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**: Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- 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. (Org.). **A psicologia em diálogo com o SUS**: prática profissional e produção acadêmica. São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo, 2010. p. 81-104.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 383-403, 1999
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.
- CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.
- CARVALHO, A. M. A. Atuação psicológica: uma análise das atividades desempenhadas pelos psicólogos. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Quem é o Psicólogo Brasileiro?** São Paulo: Edicon, 1988. p. 217-235.
- CECCIM, R. B. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-168, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. IN: I. B. PEREIRA; J. C. F. LIMA (Orgs.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. P. 162-167.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA **A prática da psicologia e o núcleo de apoio à saúde da família**. Brasília, Brasil: CFP, 2009.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

GORAYEB, R. et al. Psicologia na Atenção Primária: ações e reflexões em programa de aprimoramento profissional. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 32, n. 3, p. 674-685, 2012.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LO BIANCO, A. C. Psicologismo e importação de teoria: a formação do profissional de Psicologia. **Cadernos do NUPSO**, v. 2, p. 24-26, 1988.

MATTA, G. S.; MOROSINI, M. V. G. Atenção à saúde. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. F. (Orgs.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 39-44.

MEIRA, M. A.; SILVA, M. O. Atuação da Psicologia na Estratégia Saúde da Família: a experiência de um psicólogo em uma residência multiprofissional. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 15, n. 3, p. 369-376, 2011.

PEGOLO DA GAMA, C. A.; KODA, M. Y. Psicologia comunitária e programa de saúde da família: relato de uma experiência de estágio. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 48, n. 2, p. 418-429, 2008.

SANTEIRO, T. V. (2012). Processos Clínicos em Núcleos de Apoio à Saúde da Família / Nasf: Estágio Supervisionado. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 32, n. 4, p. 942-955, 2012.

SUNDFELD, A. C. (2010). Clínica ampliada na atenção básica e processos de subjetivação: relato de uma experiência. **Revista de Saúde Coletiva**, v. 20, v. 4, p. 1079-1097, 2010.

6. AS PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES NO CONTEXTO DO DISTRITO FEDERAL: CONTRIBUIÇÃO À INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

Lara Percílio Santos

Láís Santillo Morais

A esfera da saúde compreende vasta gama de fatores e aspectos que reverberam no estar no mundo dos sujeitos. Embora a concepção da saúde enquanto um processo dinâmico e integral frustrate a tentativa do modelo semiológico descritivo em reduzir a aspectos objetiváveis um processo cuja redução é limitada, é imprescindível ampliar a análise de forma a abarcar as idiosincrasias do atual contexto, em que novas descobertas, novos olhares e novas problemáticas se fazem presentes e apontam para a necessidade de compreender a vida humana como um conceito mais extenso do que a dimensão biológica estrita.

Percebe-se que grande parcela de casos escapa ao método de correlação clínico-patológico do modelo biomédico, a exemplo das situações em que há queixas de sintomas físicos por parte dos pacientes, embora não haja correlação evidenciada pelos exames fisiológicos (REIS, 1999). A separação do todo em partes analisadas isoladamente e a redução da doença a processos bioquímicos a serem corrigidos são insuficientes para uma compreensão mais aprofundada dos processos de saúde e de doença, assim como para a própria manutenção da saúde. A partir dessa compreensão ampliada, o processo da saúde é visto como componente de uma rede complexa, vinculado a uma multiplicidade de aspectos que permeiam a existência humana; dentre eles, aqueles inseridos nos âmbitos sociodemográficos e culturais (BUSS; PELLEGRINI, 2007; BATISTELLA, 2007).

Uma vez que saúde e doença interagem de forma dinâmica em um fluxo de equilíbrio e desequilíbrio, é insuficiente e limitante conceber a doença como uma equação linear, provocada apenas pela invasão de fa-

tores externos. A ampliação da concepção de saúde aponta, portanto, para a limitação da visão mecanicista e reducionista, com foco nos sintomas e voltado apenas para as ações medicamentosas que baseiam o modelo biomédico atual (CZERESNIA, 2010; LUZ, 2000; TESSER; SOUSA, 2012). A superação da dualidade corpo e mente contribui para o entendimento das dimensões psíquica e orgânica como composições da totalidade indissociável que é o ser humano.

No Brasil, o ímpeto de superação dessas limitações enquanto referências para orientar as ações de saúde foi percebido de forma consistente na segunda metade do século XX, consoante com a mobilização de países da América Latina em resposta a regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira, considera o conceito amplo de saúde como base para a reformulação do sistema de saúde, ressaltando a importância de se resgatar as dimensões econômicas, sociais e políticas no processo complexo saúde-doença (BATISTELLA, 2007). É válido ressaltar a definição de saúde da 8ª Conferência Nacional de Saúde:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, acesso e posse de terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da população, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida. (BRASIL, 1986, p.4)

Em um processo de incorporação das demandas do movimento pela reforma sanitária e da 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Constituição Brasileira de 1988 embasa a assistência à saúde do país a partir da compreensão da saúde como direito de todos e dever do Estado, em uma perspectiva abrangente, sistêmica e universal (CASTRO; FAUSTO, 2012). Depreende-se que a visão de sujeito e concepção saúde-doença que fundamentam o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) decorrem, portanto, de uma visão que articula dimensões variadas do ser humano, caracterizando-se por menor fragmentação e maior integralidade (MATTA; PONTES, 2007).

A mudança de paradigma se pauta no entendimento de que grande parte dos problemas de saúde pode ser resolvida no âmbito da Atenção Primária, sendo pequena a porcentagem de casos a ser encaminhada para

os níveis de maior complexidade (CAMPOS et al., 2010). Também conhecida como Atenção Básica, a Atenção Primária é definida como “um conjunto de ações em saúde desenvolvidas em âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, redução de danos, reabilitação e manutenção da saúde” (BRASIL, 2012).

O foco na Atenção Primária considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, com a proposta de ser o primeiro contato do mesmo com o sistema de saúde, de ampliar o acesso e de organizar a rede (BRASIL, 2006). Nesse sentido, a incorporação de experiências, tecnologias e ações não-invasivas ou não-reducionistas incrementam e fortalecem a prática humanizada e integral a que se propõe o SUS (TESSER, 2009). As Práticas Integrativas e Complementares – PIC –, caracterizadas pelo estímulo aos mecanismos naturais de recuperação e prevenção da saúde, mostram aspectos em comum e afinidades com a Atenção Básica, a exemplo do caráter contra-hegemônico, desmedicalizante e centrado no usuário, presente em ambas (TESSER; SOUSA, 2012). Vale ressaltar que dados publicados na Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (BRASIL, 2008) apontam que suas ações estão preferencialmente inseridas na Atenção Básica e na Saúde da Família.

Aliado às problematizações que justificam a mudança de paradigma na saúde, é possível reconhecer na psicanálise freudiana outro campo de conhecimento importante para a complexificação dos processos de saúde e doença, uma vez que a consciência passou a ser um dos âmbitos que perpassam o sujeito, dentre tantos outros desejos e motivações inconscientes (FIGUEIREDO; FURLAN, 2010). É evidente que a subjetividade dos sujeitos não pode ser deslocada da assistência à saúde, de forma que a inserção do campo de saber da Psicologia, dentre outros, é importante para que os processos saúde-doença possam ser abordados de forma mais completa. A inserção das dimensões psicológica e social enquanto componentes da totalidade do ser no modelo biopsicossocial confere maior amplitude e alcance para a atenção à saúde.

No entanto, o percurso da Psicologia no campo da Saúde Pública é, historicamente, restrito à atuação no âmbito da saúde mental (PIRES; BRAGA, 2009). Nesse caminho, predomina uma psicopatologia clínica, fruto da semiologia médica, voltada para a sintomatologia e para a busca de critérios

normotéticos (MARTINS, 2003). Muitas vezes, atende ao modelo médico tradicional transposto ao campo psíquico, reproduzindo as mesmas concepções engessadas e desarticuladas com outros olhares, distante de uma perspectiva integral. É evidente que o novo paradigma em saúde demanda atualizações e reinvenções dos saberes e das práticas de modo a abarcar o conceito amplo de saúde. Como ressaltado por PIRES; BRAGA (2009):

A ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças abre uma nova dimensão na compreensão dos fenômenos da saúde e da doença, desta forma as novas inserções criam tensões, devido às ferramentas da psicologia continuarem as mesmas. Tais mudanças vêm exigindo transformações de teorias e práticas, que não contemplem apenas a atuação no campo da saúde mental, mas que também favoreçam o processo de saúde, em seu contexto e em suas necessidades globais. (p.152-153)

Dessa forma, as PIC enquanto ações integradas, principalmente, no nível da Atenção Básica, podem ser entendidas como dispositivos produtores de saúde, capazes de contribuir para a construção de um lugar de atuação profissional mais alinhado com a proposta de promoção de saúde. Essa reflexão é especialmente importante para as ações em Psicologia, cuja inserção como campo de atuação na Saúde Pública é ainda bastante limitada.

A partir de tais considerações, este capítulo identifica as Práticas Integrativas e Complementares como ferramentas que possibilitam o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS no contexto nacional e do Distrito Federal. Além disso, as PIC podem servir como instrumentos que contribuem para uma forma mais humana de lidar com o sofrimento psíquico dos sujeitos, bem como para a promoção de saúde e desenvolvimento de estratégias produtoras de saúde.

Entrevistas com gestores da Coordenação Geral de Áreas Técnicas do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com gestores e profissionais da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal e visitas a serviços de saúde do nível primário de atenção do DF foram realizadas entre agosto e dezembro de 2013. Ademais, para subsidiar as considerações e conclusões aqui encontradas, também foi utilizada análise de documentos oficiais e de literatura da área também foram utilizados.

As Práticas Integrativas e Complementares no Brasil

O processo de institucionalização das PIC na rede pública de saúde envolve esforços de diversos atores para efetivar a sua inserção no SUS, alinhando-se às recomendações internacionais (WHO, 2002) para apoiar a integração da medicina tradicional e complementar/alternativa aos sistemas nacionais de saúde. As PIC atuam “nos campos de prevenção de agravos e da promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo” (BRASIL, 2008). As 10^a e 11^a Conferências Nacionais de Saúde enfatizaram a importância das PIC e recomendaram a sua inclusão na atenção básica, enquanto a 12^a CNS deliberou, em seu relatório final, a inclusão da atual Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC – no SUS.

Em 2003, o Ministério da Saúde instituiu um Grupo de Trabalho para conhecer a realidade da inserção das PIC no país, objetivando agrupá-las sob orientações institucionalizadas. Devido à necessidade de apoiar práticas que já vinham sendo desenvolvidas na rede pública de vários Estados e municípios, em 2006 a PNPIC é aprovada através do Decreto Presidencial nº 5.813. Segundo a PNPIC, as Práticas Integrativas e Complementares consistem em:

Sistemas médicos complexos e recursos terapêuticos, os quais são também denominados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) de medicina tradicional e complementar/alternativa (MT/MCA) (WHO, 2002). Tais sistemas e recursos envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. (BRASIL, 2008, p. 11)

Luz (2000) estabelece a categoria “racionalidade médica”, cuja perspectiva estrutura que os sistemas médicos complexos são constituídos por cinco dimensões básicas: teorias próprias sobre o processo saúde/doença, sistema diagnóstico, terapêutica, anatomia e fisiologia próprias. É nítido que, ao contrário do *status* hegemônico comumente atribuído às práticas

biomédicas, existem outros modelos médicos complexos, como Homeopatia e Medicina Tradicional Chinesa, que também podem ter a sua eficácia testada e comprovada em experimentação (NASCIMENTO et al., 2013). Nesse contexto, justificam-se as PIC, uma vez que comportam saberes e ações em saúde facilitadores e promotores da integralidade.

As Práticas Integrativas no Distrito Federal

A descentralização, enquanto uma das diretrizes que sistematiza o SUS, confere aos Estados e municípios autonomia no manejo de suas ações de saúde. Esse aspecto contribui para a inserção das PIC no sistema público de saúde, uma vez que cada região pode elaborar a implementação e implantação de práticas que dialoguem diretamente com as demandas da população local. No caso do DF, a inserção das PIC na rede pública teve início na década de 1980 com a homeopatia (SAMPAIO, 2013). O Centro de Referência em Práticas Integrativas em Saúde – CERPIS –, localizado em Planaltina, é um exemplo de experiência pioneira do DF e tem como missão principal a Atenção Primária, com ênfase na promoção e educação popular em saúde.

A Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal adotou uma postura bastante receptiva para com as PIC, podendo ser considerada pioneira na sua instituição no SUS. Em 1989, criou-se o Programa de Desenvolvimento de Terapias Não-Convencionais – PDTNC –, que implantou na rede pública de saúde do DF os atendimentos médicos ambulatoriais de Homeopatia e Acupuntura, além da produção de fitoterápicos e capacitação em Fitoterapia e Automassagem. Houve uma reorganização do PDTNC, que passou a denominar-se Serviço de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração – SEMENTI. No contexto da reforma administrativa ocorrida da SES/DF, foi criado o Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração – NUMENATI –, órgão responsável por coordenar, regulamentar e avaliar o desenvolvimento das atividades envolvendo as práticas integrativas nas diversas unidades de saúde da rede pública do DF. Segundo dados do Manual de Normas e Procedimentos das Atividades do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração, o Distrito Federal foi considerado o núcleo federativo com mais práticas implementadas, no período de sua publicação (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2005).

A alteração mais recente no organograma, em 2011, transformou o NUMENATI na Gerência de Práticas Integrativas em Saúde – GERPIS –, atual órgão responsável pelas práticas no DF. Essa mudança no organograma da SES/DF evidencia uma trajetória de evolução na institucionalização das PIC, contribuindo para a minimização do vínculo das mesmas aos esforços pessoais e legitimando a sua implantação. Atualmente, a GERPIS mobiliza esforços para realizar um diagnóstico mais completo das práticas no DF, uma vez que, ao longo do tempo, práticas foram implementadas nos serviços de saúde sem estruturação, documentação ou registro. Hoje, a situação é mais favorável, evidenciando a importância do diagnóstico para a organização, sistematização e melhoria das práticas oferecidas na saúde pública. Esse quadro de maior sistematização impulsiona a articulação e mobilização da rede, promovendo informações e incentivos acerca das práticas existentes para usuários, profissionais e gestores.

Nesse contexto, a Política Distrital de Práticas Integrativas – PDPIS – objetiva desenvolver e ampliar o acesso às PIC no âmbito da saúde pública do DF, contribuindo para a resolubilidade das ações em saúde. Atualmente, 14 práticas estão institucionalizadas na GERPIS: Acupuntura, Arteterapia, Automassagem, Fitoterapia e Plantas Medicinais, Hatha Yoga, Homeopatia, Lian Gong em 18 Terapias, Medicina e Terapias Antroposóficas, Meditação, Musicoterapia, Reiki, Shantala, Tai Chi Chuan e Terapia Comunitária Integrativa (Governo do Distrito Federal, 2013). Depreende-se, portanto, que a trajetória das PIC no DF ilustra que a experiência na utilização dessas práticas foi anterior ao processo de elaboração da política e da própria institucionalização das mesmas na saúde pública.

A Psicologia e as Práticas Integrativas e Complementares

O percurso traçado pela Psicologia é marcado por uma prática clínica voltada para o molde “clínico-individualista” (FREIRE; PICHELLI, 2010), o que evidencia uma distância entre esse campo do saber com a responsabilidade social e sua inserção nas políticas públicas (GONÇALVES, 2010). Assim, a reconfiguração do campo da saúde, que culminou na formulação do SUS, foi demandada também no campo da Psicologia, de forma a abarcar a complexidade dos sujeitos.

No entanto, a prática psicológica historicamente alinhada ao modelo clínico-individualista é um empecilho para a efetiva inserção do psicólogo na Atenção Básica e nas políticas públicas, uma vez que esse profissional se vê “sem arcabouço teórico e prático para a atuação nesse âmbito” (CAMARGO-BORGES; CARDOSO, 2005, p. 28). A inserção do psicólogo na Atenção Básica demanda outros processos de trabalho e outras formas de pensar e organizar a assistência à saúde. Nesse sentido, as PIC mostram-se tanto como ferramentas para o manejo do sofrimento psíquico dos sujeitos e da produção de saúde que dialogue com o coletivo, quanto como propagadoras de um arcabouço teórico-filosófico cuja visão abarca a noção de integralidade.

É importante notar que o olhar das PIC parte de uma perspectiva mais qualitativa, e não puramente quantitativa e voltada para as intervenções a nível individual, como acontece com algumas vertentes da promoção de saúde que se aproximam mais da perspectiva preventiva focada na doença, que delega puramente aos comportamentos individuais o motivo explicativo do adoecimento (CZERESNIA, 1999). Extrapola-se o nível individual, fomentando a solidariedade, a troca entre os praticantes, o *empowerment* comunitário (TESSER, 2009).

Dentre as PIC instituídas no DF, incluem-se práticas que podem ser realizadas coletivamente, como Arteterapia, Automassagem, Hatha Yoga, Homeopatia, Lian Gong em 18 Terapias, Meditação, Musicoterapia, Shantala, Tai Chi Chuan e Terapia Comunitária Integrativa. Tais práticas valorizam a cooperação e o reconhecimento do outro enquanto sujeito detentor de potencialidades. Nesse sentido, esse reconhecimento fortalece as redes de apoio e grupos, repercutindo de forma importante na participação social e, inclusive, política. O estabelecimento de grupos de apoio nesse nível é por si só terapêutico, além de contribuir para a formação de sujeitos críticos e atuantes, que participam da construção de um sistema de saúde que representa os seus usuários.

Nas visitas aos serviços de saúde, foram identificadas várias potencialidades no uso das PIC no escopo da Atenção Básica, a exemplo da ressignificação na ocupação dos espaços pelos sujeitos. As pessoas que comparecem aos grupos de práticas integrativas passam a frequentar os serviços não só para as consultas médicas ou para retirar medicamentos, mas também para interagir e construir redes relacionais de cuidado. Ao

mesmo tempo, existe a possibilidade de realizar os grupos de práticas integrativas em espaços outros da comunidade, como parques e praças, que não só os serviços de saúde.

Além disso, os grupos de Práticas Integrativas aumentam as possibilidades de integração das pessoas com transtornos mentais, uma vez que elas ocupam o espaço e interagem com todos aqueles que compartilham do território de abrangência dos serviços de nível primário, inclusive os profissionais que neles atuam, que podem ver e ser vistos a partir de lugares que se distanciam do modelo curativo. Florianita Braga Campos et al. (2007, apud DELFINI et al., 2009) concluem:

que os pacientes que chegam ao atendimento especializado em saúde mental não têm suas necessidades satisfeitas pelas tecnologias utilizadas pelas especialidades e, sim, por esforços criativos e conjuntos de profissionais que mobilizam e articulam recursos institucionais, comunitários, individuais, materiais e subjetivos com o usuário e rede social. (p. 1484)

As PIC tornam-se legítimos dispositivos de inserção social, e os espaços por elas criados são recursos para a diminuição de estigmas nesses casos.

Considerações Finais

A formulação de políticas, programas e projetos em PIC, no escopo das ações e serviços de saúde em vários níveis de governo (BRASIL, 2008; GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2013), evidencia que as propostas nessa área retomam e atualizam os objetivos da Reforma Sanitária e dos princípios e diretrizes do SUS. Apesar de significativamente afins, as PIC, a Atenção Básica e o modelo de Atenção Psicossocial podem ser melhor explorados de forma conjunta, enquanto contribuintes para a implementação do conceito ampliado de saúde (TESSER; SOUSA, 2012). Ainda há preconceito e resistência para com modalidades que se distanciam do modelo hegemônico.

Apesar das limitações, este capítulo pretende contribuir para a ampliação do olhar na assistência à saúde, ressaltando a potencialidade da interface entre PIC e Psicologia no âmbito da Saúde Pública. Assim, a

continuidade de estudos que fundamentem a eficácia e as contribuições das Práticas Integrativas e Complementares é essencial, uma vez que a institucionalização de práticas em saúde demanda embasamento. Informações sistematizadas e fundamentadas maximizam a propriedade para reivindicar junto à gestão cursos de formação e capacitação em Práticas Integrativas.

O registro reflexivo de experiências que problematizam as restrições da prática dos profissionais, com o devido reconhecimento de avanços e de tendências, é um passo importante no caminho que leva à construção de um melhor atendimento à saúde da população.

Referências

- BATISTELLA, C. Abordagens Contemporâneas do Conceito de Saúde. In:FONSECA, A. F.; CORBO, A. D. (Orgs.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Relatório Final. Brasília: Ministério da Saúde, 1986.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Série E - Legislação em Saúde, 2012.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**: atitudes de ampliação e acesso. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BUSS, P. M.; PELLEGRINI, A. F. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.
- CAMARGO-BORGES, C.; CARDOSO, C. L. A. Psicologia e a Estratégia da Saúde da Família: compondo saberes e fazeres. **Psicologia & Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 26-32, 2005.
- CAMPOS, G. W. S. et al. Reflexões sobre a Atenção Básica e a Estratégia de Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.p.132-153.
- CASTRO, A. L. B.; FAUSTO, M. C. R. A Política Brasileira de Atenção Primária à Saúde. In:MACHADO, C. V. et al. (Orgs). **Políticas de Saúde no Brasil**: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.p. 173-196
- CZERESNIA, D. Normatividade vital e dualidade corpo-mente. **Psicologia em Estudo**, v. 15, n. 2,p. 363-372, 2010.
- CZERESNIA, D.The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, n. 4, p.701-709, 1999.

DELFINI, P. S. S. et al. Parceria entre CAPS e PSF: o desafio da construção de um novo saber. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, supl. 1, p. 1483-1492, 2009.

FIGUEIREDO, M. D.; FURLAN, P. G. O objetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. (Orgs.). **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 143-168.

FREIRE, F. M. S.; PICHELLI, A. A. W. S. Princípios Norteadores da Prática Psicológica na Atenção Básica: em busca da integralidade. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 4, p. 840-853, 2010.

GONÇALVES, M. G. M. **Psicologia, Subjetividade e Políticas Pública**. (Coleção construindo o compromisso social da psicologia). São Paulo: Cortez, 2010.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Manual de Normas e Procedimentos das Atividades do Núcleo de Medicina Natural e Terapêuticas de Integração**. Brasília: NUMENATI, 2005.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Política Distrital de Práticas Integrativas em Saúde**. Brasília: Governo do Distrito Federal, 2013.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidades médicas: estudo comparativo da medicina ocidental contemporânea, homeopática, chinesa e ayurvédica. In: Canesqui, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 181-200.

MARTINS, F. **Psicopatologia II: Semiologia Clínica -Investigação Teórico Clínica das Síndromes Psicopatológicas Clássicas**. Brasília: ABRAFIPP, 2003.

MATTA, G. C.; PONTES, A. L. M. **Políticas de Saúde: a organização e a operacionalização do sistema único de saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/ Fiocruz, 2007.

NASCIMENTO, M. C. et al. A categoria racionalidade médica e uma nova epistemologia em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 12, p. 3595-3604, 2013.

PIRES, A. C. T.; BRAGA, T. M. S. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. **Temas em Psicologia**, v.17, n. 1, p. 151-162, 2009.

REIS, J. **O Sorriso de Hipócrates: a integração biopsicossocial dos processos de saúde doença**. Lisboa: Veja, 1999.

SAMPAIO, T. L. **Análise das práticas integrativas em saúde na atenção básica no Distrito Federal**. 2013. 88 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) —Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

TESSER, C. D. Práticas complementares, racionalidades médicas e promoção da saúde: contribuições poucas exploradas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, n. 8, p. 1732-1742, 2009.

TESSER, C. D.; SOUSA, I. M. C. Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. **Saúde & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 336-350, 2012.

World Health Organization. **Acupuncture: Review and analysis of reports on controlled clinical trials**. Geneva: Autor, 2002.

7. PESQUISA-INTERVENÇÃO PARTICIPATIVA: UMA APOSTA METODOLÓGICA NA ARTICULAÇÃO SAÚDE MENTAL-ATENÇÃO BÁSICA¹

Simone Mainieri Paulon

Júlia Monteiro Schenkel

Liane Beatriz Righi

Mairla Machado Protazio

Cristiane Holzschuh Gonçalves

Letícia Quarti Soares

Ana Paula de Lima

Mário Francis Petry Londero

Hoje eu atingi o reino das imagens, o reino da despavbra. (...)

Daqui vem que todos os poetas devem aumentar o mundo com suas metáforas.

Que os poetas podem ser pré-coisas, pré-vermes, podem ser pré-musgos.

Daqui vem que todos os poetas podem compreender o mundo sem conceitos.

Que os poetas podem refazer o mundo por imagens, por eflúvios, por afeto.

(Manoel de Barros)

Seguindo a pista de Manoel de Barros, para quem os poetas compreendem o mundo sem conceitos, lançamo-nos nessa experimentação de aumentar o mundo, ansiosos por refazer mundos afetados pelo universo pesquisado: o tema da Saúde Mental na Atenção Básica.

¹ Este texto apresenta a proposta metodológica que estruturou a pesquisa “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: uma análise das práticas de equipes da Região 10 – Macrometropolitana/RS a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)” realizada pelo grupo Intervires: Pesquisa-intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede do PPG de Psicologia Social e PPG de Saúde Coletiva da UFRGS, e contou com apoio da Rede Governo Colaborativo. A pesquisa foi contemplada com financiamento do edital PPSUS/FAPERGS/MS/CNPq/SESRS n.002/2013. Há participação de alunos bolsistas de Iniciação Científica, Mestrado e Doutorado CAPES e CNPq.

A elaboração de questões de pesquisa que digam respeito a demandas efetivas dos segmentos populacionais aos quais se destinam seus resultados tem sido um dos aspectos destacados entre as metodologias participativas de pesquisas (GUBA; LINCOLN, 2011; ONOCKO CAMPOS; FURTADO, 2011; BOSI; MERCADO-MARTÍNEZ, 2007). Seguindo diretrizes ético-políticas que orientam os trabalhos na direção de considerar a complexidade histórica do campo e o contexto do objeto pesquisado, essa abordagem metodológica visa acompanhar e avaliar as práticas dos sujeitos envolvidos com os processos de investigação no sentido de incluir, na análise, suas demandas concretas e a diversidade de suas percepções. Tal metodologia busca, ainda, propiciar um aumento do “grau de apropriação” dos aspectos estudados pelos sujeitos, levando em conta a dimensão subjetiva que atravessa o próprio ato de pesquisar (GUBA; LINCOLN, 1989; SILVA; FORMIGLI, 1994; FURTADO, 2001; FURTADO; ONOCKO CAMPOS, 2005, 2008; CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Alinhada a esta proposição investigativa, a pesquisa “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica: uma análise das práticas de equipes da Região 10 – Macrometropolitana/RS” a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ²) vem sendo desenvolvida desde 2013 como uma iniciativa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional e Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul.

O objetivo principal da pesquisa é analisar e qualificar práticas de Saúde Mental na Atenção Básica a partir do processo avaliativo do primeiro ciclo do PMAQ-AB, ampliando questões relacionadas à atenção psicossocial junto às equipes de Saúde. A pesquisa-intervenção tem como território de atuação seis municípios na macrorregião metropolitana do estado do Rio Grande do Sul, quais sejam: Porto Alegre, Viamão, Cachoeirinha, Gravataí, Alvorada e Glorinha.

2 O PMAQ (Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica) é um programa do Ministério da Saúde criado em 2011, pela Portaria nº 1.654, com o objetivo de favorecer a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da Atenção Básica, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente de maneira a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica em Saúde.

Além de socializar alguns resultados que estamos colhendo nesse processo de pesquisa, este texto busca explorar a dimensão interventiva por ela trabalhada, no que diz respeito às possibilidades criativas e ações que ampliam e potencializam a articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Básica. Com a inserção nos territórios, mesmo nos momentos iniciais de pactuação da investigação, foi possível observar “*efeitos de aproximação*”; ao convidarmos gestores, trabalhadores e usuários da Atenção Básica e da Saúde Mental para compor um processo participativo de produção de conhecimento, criamos espaços de participação, gestão e pactuação. A forma como tais pactuações foram conformando e (de)formando procedimentos planejados da pesquisa, as instâncias que daí foram resultando e os primeiros movimentos que refletiram nos territórios pesquisados são parte do que entendemos por efeito-intervenção da pesquisa e que passaremos a debater. Ao apresentarmos o percorrido do processo de uma pesquisa-interventiva, tomamos como um dos eixos estruturantes a necessidade de colocar em análise a própria metodologia a partir dos impasses e dilemas participativos que emergem nessa experiência.

Implicações que Redesenham Caminhos Metodológicos

Ao pesquisador que conceba a subjetividade à luz de um paradigma ético-estético, que se proponha a observar os efeitos dos processos de subjetivação de forma a singularizar as experiências humanas e não a generalizá-las, que tenha compromisso social e político com o que a realidade com a qual trabalha demanda de seu trabalho científico, não é dada outra perspectiva de investigação que não a pesquisa-intervenção. (PAULON; ROMAGNOLI, 2010, p. 92)

Em uma proposta de pesquisa-intervenção, entende-se que o processo de pesquisa, inevitavelmente, provoca transformações e mobiliza forças no campo investigado, incluindo-se nele o próprio pesquisador, de forma que “conhecer o caminho de constituição de dado objeto equivale a caminhar com esse objeto, constituir esse próprio objeto, constituir-se no caminho. Esse é o caminho da pesquisa-intervenção” (BARROS; PASSOS, 2007, p. 17).

Sendo assim, a análise do caráter subjetivo, ético e processual do

campo investigado, neste caso, as práticas de Saúde Mental na Atenção Básica, estão presentes nesta metodologia de pesquisa. A proposta contida nos procedimentos ofertados às equipes e grupos dos municípios da região gaúcha envolvidos na pesquisa possibilita destacar aspectos específicos da ampla avaliação lançada pelo PMAQ para examiná-los mais detalhada e qualitativamente com foco na temática da Saúde Mental. Tendo em vista que o instrumento de levantamento das informações junto às equipes utilizado no PMAQ-AB privilegiava uma avaliação extensiva e quantitativa, a presente pesquisa propunha um recorte nas questões relativas à temática da Saúde Mental, a fim de promover um debate mais acurado desta subárea da Saúde e abordá-la de modo qualitativo.

A partir daí, o processo investigativo desenrolou-se permitindo o acompanhamento das práticas e dos posicionamentos dos trabalhadores e dos usuários com o campo da Saúde Mental, no sentido de incluir, na análise, seus sentidos, desejos e conflitos. Tal processo de ampliação das análises tem sido possível através do caráter participativo da pesquisa, aumentando o grau de horizontalidade na relação de forças que permeia este campo, assim como uma maior apropriação e circulação de informações entre os diferentes atores envolvidos. Um usuário pergunta em um dos grupos, “*Mas vem cá, o que é esse PMAQ?*”. Abre-se uma brecha que produz efeitos de aprendizagem também para trabalhadores da Saúde Mental que não estão familiarizados em discutir a Atenção Básica. Afinal, entendemos que entre a Atenção Básica e a Saúde Mental há muitos saberes, políticas, e fazeres que, sendo compartilhados, têm muito a contribuir para a ampliação do cuidado. Concordamos com Costa et al. (2012, p. 45) quando falam que: “pesquisar não tem mais a ver com saber sobre, pois se trata de saber com”.

O modo como temos experimentado este jeito de “pesquisar com” apresentou-se, por exemplo, logo ao início da pesquisa, por ocasião das apresentações do projeto aprovado junto às agências de fomento. Nas primeiras reuniões da instância que viria a constituir o comitê gestor da pesquisa, os presentes alertaram o grupo de pesquisadores da necessidade de uma análise situacional de cada território específico, uma vez que os dados de que dispúnhamos não condiziam com a realidade por eles vivenciada. A partir daí foram realizadas diversas visitas aos diferentes municípios, em que, além das contratações necessárias à realização da pesquisa com os diferentes territórios, foram elaborados também, conjuntamente com os

gestores, análises da situação da Saúde de cada município. Para tanto, incluiu-se uma nova etapa não prevista no projeto de pesquisa que consistiu na realização de diferentes reuniões, entrevistas e visitas a instâncias de controle social. Apesar do grupo ter elaborado um projeto que nasceu das críticas à limitação dos dados e metodologias utilizadas pelo PMAQ, principalmente no campo da Saúde Mental, esta fundamental etapa de levantamento mais refinado e qualitativo das informações estruturais e epidemiológicas que compõem a realidade a ser estudada não fora prevista pelos pesquisadores em sua aproximação ao “território vivo”³ (SANTOS, 1999).

O processo em andamento tem promovido, como se vê, um intercâmbio entre os conhecimentos acadêmicos e os existentes no campo pesquisado, resignificando a relação universidade-serviços e ampliando as concepções de saúde presente em ambos. Gestores locais têm participado bimestralmente de reuniões no espaço da universidade e trazido suas demandas e realidades locais. Do mesmo modo, os pesquisadores têm promovido encontros nos municípios em que o tema da Saúde Mental é discutido com trabalhadores, gestores e usuários da Atenção Básica. Esta interface universidade-serviços, além de caracterizar-se como uma estratégia de qualificação do debate sobre o tema Saúde Mental na Atenção Básica, também desenvolve ações indissociáveis de ensino-pesquisa-extensão com objetivo de promover uma formação acadêmica socialmente comprometida e cidadã (CASTRO et al., 2015). Assim, há em andamento, junto a todos os territórios envolvidos, um compartilhamento de experiências e informações, bem como análises coletivas sobre o tema em questão.

Santos (2007, p. 46), ao falar sobre o papel das universidades e das pesquisas em Ciências Sociais, afirma ser importante explorar a universidade e fazer uma certa ecologia de saberes a partir dela. Para ele, esta seria uma forma de “extensão universitária ao contrário: a extensão convencio-

3 Território vivo é um conceito criado por Milton Santos que recebeu bastante atenção no campo da Saúde e reorientou as concepções sobre espaço e saúde no âmbito da Saúde Coletiva. Para Lima e Yassui (2014), o autor “nega a visão tradicional da geografia que considera o território como um objeto estático com suas formações naturais e apresenta-o como um objeto dinâmico, vivo, repleto de inter-relações” (p.596). Dessa forma, o território engloba as características físicas de uma área e as produzidas pelo homem.

nal é levar a universidade para fora, a ecologia de saberes é trazer outros conhecimentos para dentro da universidade”. A aposta técnico-política que aqui se apresenta é no compartilhamento de conhecimentos, com uma permuta entre saberes formais e informais, procurando promover um debate amplo e plural, envolvendo os diversos atores “interessados” no tema. São novos modos de produção de conhecimento exigindo outras formas de circulação de saberes.

Apostamos, também, que o papel da universidade deve ser o de formar pesquisadores preocupados com a emancipação social, engajados politicamente, seguindo à risca o caráter de extensão da universidade, a saber: o de construir conjuntamente saberes e práticas. Assim, “as redes de ensino e sistema local precisam ser redes de conhecimentos, para consolidar aprendizagens e para se renovar” (FERLA et al., 2015, p. 20). Apoiamo-nos, portanto, em um ponto de vista segundo o qual os pesquisadores, imersos nos problemas e possibilidades lançadas no universo da pesquisa, estão sempre também implicados com a produção da realidade que estudam e nunca são meros observadores dela (FISCHER, 2002). Para Foucault (1993, p. 21), a não-separação entre teoria e prática se dá porque “uma teoria não expressa, não traduz, nem se aplica a uma prática, uma vez que ela é, também, uma prática”.

O fato da pesquisa se propor a reunir usuários, gestores e trabalhadores em Grupos de Interesses faz aparecer diversos objetivos e inserções específicas, mas também interesses em comum. O momento de sentar em roda, para que as pessoas possam se ouvir e olhar, diluindo hierarquias ao menos na disposição espacial, favorece a afetação entre os diferentes atores e possibilita a produção de um comum. Afetar ou deixar-se afetar remete a um comum, entendido como abertura ao outro, como uma composição de singularidades que aceita a multiplicidade. Comum como base para a composição de coletivos, sendo estes formados por subjetividades que se deixam afetar. A construção do comum é um método que se faz participativo, que altera o padrão comunicacional e relacional e que constitui rede (BARROS; PIMENTEL, 2012).

Ainda apostando em seu caráter de criação de espaços coletivos, na segunda etapa da pesquisa, foram realizados grupos focais com os trabalhadores e usuários dos serviços selecionados. Suas experiências e práticas em Saúde Mental na Atenção Básica são importantes para analisar e

qualificar os dados do PMAQ. Assim como todos os dados que vêm sendo produzidos, estes resultados de grupos focais também serão colocados em análise nos grupos de interesses. Essa estratégia metodológica de envolver os vários interessados do território na discussão e análise das práticas de Saúde Mental na Atenção Básica convida a todos a serem, de diferentes modos, pesquisadores e produtores de conhecimento. Também conhecido como *steakholders*, estes grupos são formados por integrantes “que de alguma forma são colocados em risco pela avaliação, isto é, pessoas ou grupos que têm algum interesse em jogo” (GUBA; LINCOLN, 2011, p. 223).

Inclusive, em muitos Grupos de Interesses municipais, o desafio de uma produção escrita coletiva de conhecimento já tem sido posto na roda. A busca de sistematização dos conhecimentos produzidos nesses espaços para fins de publicização e validação com a comunidade científica também representa uma estratégia ético-técnico-política da pesquisa qualitativa que se propõe a promover também o exercício da participação.

A última etapa da pesquisa, os seminários loco-regionais, constitui uma estratégia que busca formas mais extensivas de participação incluindo novos atores interessados que, por algum motivo, não participaram dos espaços existentes nas etapas anteriores. Visa, portanto, dar mais visibilidade às produções dos grupos de interesses e grupos gestores para ampliação do debate no território. Dessa forma, esta etapa reforça a função sócio-política da pesquisa, operando discussões, debates e transformações do campo da Saúde ao mesmo tempo em que vai produzindo um novo conhecimento de cada realidade específica que pode ser, então, considerado não apenas para produção acadêmica, mas também como um momento significativo para articulação de redes. Apresenta-se aí uma outra dimensão instituinte da pesquisa-interventiva que esgarça também os limites impostos pela instituição pesquisa. Vale, neste sentido, o alerta de outro militante da pesquisa implicada:

Por esta razão, pesquisar no Brasil hoje se torna também um enfrentamento do instituído não somente no âmbito da produção inventiva de conhecimento e de subjetivação, mas também no desenvolvimento de estratégias e táticas no manejo desse “júri de especialistas”, entendido como um sistema de saberes e poderes institucionais que estabelecem os critérios de avaliação e financiamento de pesquisas. (FERREIRA NETO, 2008, p. 540)

Instâncias Participativas Moventes: a Experiência do Comitê Gestor da Pesquisa

A fim de viabilizar o caráter participativo da pesquisa, realizamos articulações com as coordenações da Atenção Básica e da Saúde Mental dos municípios. Este trabalho inicial constituiu uma instância coletiva de discussão denominada Comitê Gestor da Pesquisa que se reúne bimestralmente na universidade e tem como proposta principal possibilitar definições político-estratégicas para o desenvolvimento da pesquisa.

Uma vez desafiados a comporem um grupo de pesquisa na condição de interessados na temática da investigação, os coordenadores participantes do Comitê Gestor da Pesquisa prontamente dispuseram-se à tarefa coletiva de qualificação e complementação das análises situacionais de seus municípios. Com ajuda de apoiadores locais, estes diagnósticos foram apresentando os subgrupos de pesquisadores da universidade às equipes e instâncias locais.

Na sequência, também foi disparada a discussão sobre critérios para a definição das equipes de Atenção Básica que integrariam os Grupos Focais. A heterogeneidade dos municípios quanto ao número de equipes, as qualificações das mesmas, ou ainda a existência de matriciamento em suas distintas formas, foram variáveis amplamente discutidas a fim de agregar interesses dos diversos atores do campo aos objetivos da pesquisa.

Ao longo do processo, esta instância constituída com a finalidade de deliberar decisões e encaminhamentos da pesquisa passou a responder mais às demandas emergenciais que os gestores que o compunham iam trazendo. Dessa forma, fomos percebendo que era importante para os gestores ocuparem esse espaço com o compartilhamento de suas experiências e angústias inerentes à função. Os coordenadores da Atenção Básica e da Saúde Mental participam das reuniões do Comitê Gestor, que vai se constituindo espaço de encontro para discutir e refletir sobre as práticas e cotidianos de seus territórios.

Tal experiência tem servido como um espaço de análise situacional do campo da Saúde de cada município, produzindo coletivamente olhares críticos para a realidade da Saúde Mental na Região 10. Ao fortalecer a relação gestão e universidade, buscamos produzir brechas em ambas as

instituições, em um processo coletivo de produção de conhecimento e de subjetivação nos territórios e redes envolvidas. É possível constituir uma metodologia participativa quando se está disposto a destituir o saber acadêmico de uma posição privilegiada. Tal destituição do lugar do saber é fundamental na operacionalidade deste tipo de proposta de pesquisa. Atravessar-se a construir a metodologia e os passos da pesquisa coletivamente e ao caminhar mostra a troca do primado da meta pelo do próprio processo (hodosmeta), afirmando a força da experiência concreta como guia para o (per)curso (PASSOS et al., 2012).

Nessa aposta interventiva, entendemos que o processo de trabalho em Saúde é operado por seus trabalhadores através do encontro trabalhador/ usuário, e que esta porta um significativo grau de liberdade na produção do cuidado, revelando a potência do “trabalho vivo em ato”. Desse modo os limites dos saberes, assim como os da vida, produzem efeitos, que quando colocados em questão, tornam-se potência de criação (MERHY, 2002).

O que aí se propõe colocar em análise é, fundamentalmente, a gestão do trabalho como expressão da indissociabilidade entre gestão-atenção. E dela depreende-se novos questionamentos: pode-se, nesta medida, tomar a pesquisa-intervenção uma proposta de co-gestão? Como garantir o caráter participativo da pesquisa? O Comitê Gestor é o único espaço decisório da mesma? Quais os compromissos éticos que o processo de pesquisa vai estabelecendo com a continuidade das intervenções que produz em seu desenrolar? Nesse sentido, é importante refletirmos acerca dos efeitos instituintes que a pesquisa assume na medida em que desarticula práticas e discursos instituídos, inclusive nos discursos produzidos como científicos.

Debatendo a Saúde Mental na Atenção Básica com os Grupos de Interesse: a Poeira daquilo que Escapa às Redes de Cuidado

Em cada município foram formados Grupos de Interesse Local para o acompanhamento do processo de pesquisa, tendo como critério o interesse de seus participantes no tema da Saúde Mental na Atenção Básica. A proposta é que os mesmos possam contribuir no desenvolvimento da pesquisa e ampliar as análises dos encontros dos grupos focais a se realizarem nas

unidades de Saúde, selecionadas pelo próprio grupo pesquisado.

Foram convidados usuários, gestores, trabalhadores, caracterizando como um espaço aberto para pessoas ou organizações interessadas na temática. Ao convidar tais atores para juntos se corresponsabilizarem em um processo de pesquisa, colocamos na mesma roda usuários, trabalhadores e gestores para discutir, analisar e fazer proposições acerca das práticas de Saúde Mental na Atenção Básica em que entram em circulação diferentes percepções e discursos sobre as práticas em questão, contribuindo para a criação de novos sentidos para as mesmas e dando visibilidade para diferentes posições-olhares-saberes acerca do tema. Apostamos na possibilidade de deslocar lugares instituídos de *fala-queixa-prescrição* habituais nos cenários de encontros na atenção e na gestão dos serviços de Saúde.

Um dos grandes desafios e dilemas com que temos nos deparado na pesquisa-intervenção tem sido a demanda clínica emergente nos espaços coletivos de encontro que temos produzido. Demanda inesgotável. A esta, chamamos de uma demanda de escuta infinita, pois são inúmeras as queixas, as problemáticas e os pedidos de socorro, em meio a potentes relatos de práticas. É importante pontuar que falamos de uma demanda clínica que clama pela análise da produção e articulação das redes. Por mais que possam aparecer casos específicos de usuários, entendemos que tais relatos são preciosos para fazer justamente uma análise em relação ao acesso dos usuários a um cuidado integral, não sendo, no entanto, nosso objetivo promover a discussão de casos isolados. Isto não significa que em muitos momentos não seja exatamente no sujeito específico, no detalhe de um caso clínico que assumiu especial significação para uma equipe de Saúde da Família, que a complexidade daquele processo de trabalho, o sofrimento daquela equipe ou a realidade daquele território estejam ali sendo revelados. Dispor, portanto, desta escuta para os grupos que estão nos intrincados jogos de forças da construção de uma política pública requer um exercício de analisar e devolver demandas, fazendo-as servir para mais alguém além do indivíduo que circunstancialmente está ali enunciando algo.

Com o desenrolar dos Grupos de Interesses Locais, percebemos que a abertura de espaços de discussão sobre o tema Saúde Mental na Atenção Básica tem gerado certa expectativa de alguns atores de que problemas apontados sejam resolvidos pela pesquisa. Tem sido inevitável a emergên-

cia de tensões e denúncias das distâncias e desencontros entre a Atenção Básica e a Saúde Mental. Apesar do grupo de pesquisa assumir uma intenção colaborativa e até formativa, tendo em vista as diretrizes da pesquisa-intervenção, há o cuidado para não aceitarmos o lugar de “resolução dos problemas”, que tende a ser depositado quando abrimos espaço para emergência dos “nós” que obstaculizam a interação entre Atenção Básica e Saúde Mental. É como se levantássemos um tapete onde há muito tempo é depositado uma poeira daquilo que escapa às redes de cuidado.

Emaranhado nas tramas dos discursos hegemônicos que centram o problema na falta de especialistas, surgem importantes apontamentos de usuários e trabalhadores que nos ajudam a pensar *o desafio da articulação das redes, o acesso dos usuários a um cuidado integral, e a repensar as ofertas de cuidado em Saúde* que vêm sendo fabricadas na Atenção Básica. São os incômodos produzidos nesses encontros a partir das afecções dos participantes-interessados que abrem brechas para dar visibilidade às tensões e aos paradoxos da gestão do trabalho em Saúde.

O tema dos especialismos é recorrente também nos grupos de interesses que envolvem os trabalhadores realizados dentro das unidades de Saúde. O que vimos operar de forma dominante é um modelo gerencialista⁴ que separa os que planejam e decidem dos que executam, na disputa entre saber/poder. O modelo gerencialista que a Saúde “herda” das fábricas reafirma a hegemonia do trabalho morto sobre o trabalho vivo (MERHY; FRANCO, 2003). De outra forma, pode-se também observar nesta demanda (legítima, diga-se de passagem) que os trabalhadores fazem por “especialistas ‘psi’ para atendimentos em Saúde Mental”, a presença de uma forte instituição científica, a qual seria atribuída a “verdade” acerca daquela temática específica. Daí a importância de que uma pesquisa que se queira participativa e interventiva nesta realidade esteja sempre atenta à análise das implicações de seus participantes com as várias instituições concorrentes com a realidade em foco. Como apontam Coimbra; Nasci-

4 A racionalidade gerencial hegemônica produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho alheios (estranhos) a eles (CAMPOS, 2000, p. 23).

mento (2007), este modo de pesquisar traz, entre suas exigências, a necessidade de se:

Colocar em análise o lugar que ocupamos, nossas práticas de saber-poder enquanto produtoras de verdades – consideradas absolutas, universais e eternas – seus efeitos, o que elas põem em funcionamento, com o que se agenciam é romper com a lógica racionalista presente no pensamento ocidental e, em especial, na academia. (COIMBRA; NASCIMENTO, 2007, p. 29)

Neste caso, estamos alertas para os riscos de que esse funcionamento hegemônico das sociedades industrializadas, que vimos se atualizar nos grupos pesquisados da Saúde, possa se reproduzir, também, no grupo gestor. Um importante episódio analisador ajudou-nos a fazer tal análise. Ocorreu com o estranhamento surgido no grupo de interesses híbrido (composto por trabalhadores e usuários) de um território, quando um usuário da rede de Saúde Mental questionou a pesquisadora acerca da “exclusividade” de participação de gestores e pesquisadores no espaço das reuniões bimestrais do comitê gestor da pesquisa participativa. Ao trazer esta demanda do usuário para avaliação do grupo de pesquisadores, vimo-nos “defendendo” o espaço dos gestores compartilharem entre si suas ansiedades e seus questionamentos em relação à Saúde Mental. As dúvidas e divergências surgidas dessa discussão fez colocar em análise a naturalização deste modo instituído de planejamento dos espaços de participação da pesquisa e questionarmos o quanto não correspondem, de algum modo, ao mesmo tipo de separação que o gerencialismo propõe aos modos de trabalhar.

Considerações para Seguir Caminhando...

E o desafio está em desarticular as dimensões macro e micropolíticas que reforcem os costumes e discursos instituídos, dando passagem ao que não se encaixa e sustentando os bons encontros que nos potencializam, sejam com os autores que estudamos, com os colegas que podemos dialogar, com os alunos que tentamos formar, com as comunidades com as quais nos agenciamos, pois é nesse jogo que se dá a construção do conhecimento. Nesses agenciamentos de enunciação de um outro modo de pesquisar-intervir, que, nunca é demais lembrar, são sempre coletivos. (ROMAGNOLI; PAULON, 2014, p. 37)

De acordo com os objetivos já citados, avaliamos que já foi possível identificar a dinâmica dos serviços de Saúde a partir da construção conjunta das análises situacionais dos municípios. A produção deste documento igualmente nos possibilitou avaliar as relações existentes entre as redes de atenção psicossocial nos territórios pesquisados, assim como a identificação de algumas práticas de Saúde Mental do município na Atenção Básica e rede.

A metodologia avaliativa participativa para a interface Saúde Mental -Atenção Básica está em pleno desenvolvimento. As instâncias participativas criadas estão em fase inicial, mas já nos dão indícios positivos para a construção coletiva de saberes, que incluam os seus diferentes atores. Tem sido possível construir reflexões com os municípios sobre os modos de trabalho, sobre o campo da Saúde Mental e suas relações com a Atenção Básica, assim como produzir alguns movimentos de transformação, tais como: reuniões de equipe onde antes não existiam, questionamentos sobre a participação de alguns serviços nas redes, aproximação entre os coordenadores de Saúde Mental e Atenção Básica, construção de diálogos entre profissionais de diferentes espaços e usuários da rede. Desse modo, a proposta interventiva e participativa aliada à produção de conhecimento tem sido alcançada nesse processo de investigação, produzindo alguns efeitos nos territórios.

Ressalte-se que, em todas essas instâncias criadas pela pesquisa ou em que o grupo de pesquisadores acadêmicos tem participado para divulgação do trabalho, os resultados parciais são colocados em análise, ampliados e ressignificados à luz das diferentes posições trazidas pelos diversos grupos de interesse. Deste modo, tais grupos são convidados a compor o conhecimento que se tem como resultados ao longo do percurso de pesquisa e não apenas o receberão em uma única devolutiva final, como um produto acadêmico pronto descolado de suas realidades cotidianas. Entendemos que este modo de transversalizar a restituição de dados amplia a dimensão interventiva da pesquisa e antecipa possíveis benefícios advindos de sua realização.

Resta afirmar, ainda, que a receptividade encontrada nos municípios convidados a participar de todas as atividades até agora propostas demonstra, também, que a demanda por formação/escuta, identificada e enunciada no projeto da pesquisa, pôde ser acolhida com a integração destes tra-

balhadores e/ou gestores aos espaços de formulação e desenvolvimento de pesquisa. Isto faz-nos pensar que a dimensão interventiva suposta e proposta neste modo de pesquisar intensifica também a dimensão estética do trabalho investigativo. Afinal, se os poetas devem aumentar o mundo com suas metáforas, não deveriam os investigadores lançarem-se às experimentações que ajudassem a criar novos mundos possíveis?!

Referências

BARROS, R. B.; PASSOS, E. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSOS, E. et al. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2007.

BARROS, M.E.B.; PIMENTEL, E.H.C. Políticas públicas e a construção do comum: interrogando práticas PSI. **Polis e Psique**, v. 2, n. 2, p. 3-22, 2012.

BOSI, M.L.M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria n. 1.654, de 19 de julho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições; o Método da Roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.

COIMBRA, C.M.B.; NASCIMENTO, M.L. Sobreimplicação: práticas de esvaziamento político? In: Arantes, E.M.M. et al. (Orgs.). **Práticas PSI inventando a vida**. Niterói, RJ: EdUFF, 2007.

CASTRO, S.M. et al. Demandas em Saúde Mental na Atenção Básica na Gerência Distrital Glória/Cruzeiro/Cristal, Porto Alegre, RS. **Cadernos da Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 166-171, 2015.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

COSTA, L.A. et al. Cartografar. In: FONSECA, T.M. et al. (Orgs.). **Pesquisar na diferença: um abecedário**. Porto Alegre: Editora Sulina, 2012. p. 45-48

FERLA, A.A. et al.. Redes vivas de educação e saúde: relatos e vivências da integração universidade e sistema de saúde. **Cadernos da Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 9-21, 2015.

FERREIRA NETO, J. L. A experiência da pesquisa e da orientação: uma análise genealógica. **Fractal: Revista de Psicologia**, Niterói, RJ, v. 20, n. 2, p. 533-546, 2008.

FISCHER, R.M.B. Verdades em suspenso: Foucault e os perigos a enfrentar. In: Costa, M.V. (Org.). **Caminhos investigativos: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002. p. 49-71.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1993.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 165-181, 2001.

FURTADO, J.P.; ONOCKO CAMPOS, R. O percurso da pesquisa avaliativa de uma rede de Centros de Atenção Psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. In: Onocko Campos, R. et al (Orgs.). **Pesquisa Avaliativa em Saúde Mental**: desenho participativo e efeitos da naratividade. São Paulo: Aderaldo&Rothschild Editores, 2008. p. 189-209.

GUBA, E.G.; LINCOLN, Y.S. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage, 1989.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2011.

LIMA, E.M.F.A.; YASUI, S. Territórios e sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial. **Saúde Debate**, v. 38, n. 102, p. 593-606, 2014.

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 316-322, 2003.

ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J.P. Desafios da avaliação de programas e serviços em saúde: novas tendências e questões emergentes. Campinas, SP: Editora da Unicamp, 2011.

PASSOS, E. et al. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia**: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre, RS: Sulina, 2012.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R.C. Pesquisa-intervenção e Cartografia: melindres e meandros metodológicos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 1, n. 1, 85-102, 2010.

ROMAGNOLI, R.C.; PAULON, S.M. (2014). Escritas Implicadas, Pesquisadores implicantes: notas sobre os destinos da subjetividade nos desatinos da produção científica. In: DIMENSTEIN, M.; LEITE, J. (Orgs.). **Psicologia em Pesquisa**: cenários de práticas e criações. Natal: Editora EDUFERN, 2014. p. 23-42.

SANTOS, B. S. **Renovar a Teoria Crítica e Reinventar a Emancipação Social**. São Paulo: Editora Boitempo, 2007.

SANTOS, M.O território e o saber local: algumas categorias de análise. **Cadernos IPPUR**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 15-26, 1999.

SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.10, n.1, p.80-91, 1994.

8. SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA: DESAFIOS EM FAVOR DO CUIDADO DO SOFRIMENTO PSÍQUICO GRAVE

Ileno Izídio da Costa

Elisa Walleska Krüger A. da Costa

O objetivo do presente capítulo é abordar algumas questões relevantes para a reflexão, questionamento e problematização acerca de alguns dos entraves no desenvolvimento das melhorias necessárias nos serviços de cuidado com a saúde mental no Brasil em suas relações com a Atenção Básica em Saúde (ABS).

Dados da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001) apontam que os transtornos mentais de cerca de 450 milhões de pessoas ainda estão longe de receberem a mesma relevância dada à saúde física, sobretudo nos países em desenvolvimento. Estima-se que os transtornos mentais e de comportamento respondam por 12% da carga mundial de doenças, enquanto as verbas orçamentárias para a Saúde Mental na maioria dos países representam menos de 1% dos seus gastos totais em Saúde; além disso, 40% dos países carecem de políticas de Saúde Mental e mais de 30% sequer possuem programas nessa área. Os custos indiretos, gerados pela desassistência e provenientes do aumento da duração dos transtornos e incapacitações, acabam por superar os custos diretos (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2006).

Um dos grandes desafios no sentido de promover a melhoria dessa realidade em nosso País passa pela necessidade de vincularmos a questão da Atenção Básica à questão da Saúde Mental, e para tal, necessariamente deve-se passar pela política da Reforma Psiquiátrica, em curso no Brasil. A Reforma Psiquiátrica surge com o propósito de uma ampla mudança no atendimento público em Saúde Mental, objetivando garantir o acesso da população a esse serviço de saúde, bem como promover o respeito a seu direito de liberdade. Podemos afirmar que esse é o grande mote da reforma

no mundo inteiro, em especial em nossa lei 10.216/2001, que instituiu a política nacional de Saúde Mental.

O processo de transformação das práticas no âmbito da Saúde Mental, assim como a efetivação dos pressupostos do Movimento de Luta Antimanicomial, exigiu mudanças em diversos âmbitos: do teórico ao cultural, passando pelo campo de construção de políticas e modelos de atenção. Busca-se não só constituir novas práticas no campo da assistência à Saúde Mental, mas também produzir transformações no que diz respeito ao lugar social dado à loucura, ao diferente, questionando uma cultura que estigmatiza e marginaliza determinados grupos sociais (KODA; FERNANDES, 2007). Representa, portanto, uma mudança no modelo de tratamento, do isolamento ao convívio em família e em comunidade, ou no território, como é o termo balizador das ações. Isso é fundamental, pois norteia, do ponto de vista de políticas públicas, tanto a questão da Saúde Mental, quanto da Atenção Básica, uma vez que algumas ações da Atenção Básica são voltadas para questões da família e da comunidade, ocorrendo o mesmo na Saúde Mental.

O grande desafio está em conjugar ambas, uma vez que os êxitos ainda são incipientes em termos globais nesse quesito. Temos experiências muito boas, diferentes, experiências a serem seguidas e aperfeiçoadas, mas no geral, no Sistema Único de Saúde (SUS), não conseguimos articular a Atenção Básica à Saúde Mental. A inserção da Saúde Mental na Atenção Básica é uma das necessidades atuais para a continuidade da Reforma Psiquiátrica e da Atenção à Saúde, considerando que a atenção em Saúde Mental deve ser realizada dentro de uma rede ampla e interligada de cuidados capaz de agenciar as demandas dos usuários (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2008).

Com a Reforma Psiquiátrica e a Política Nacional de Saúde, o governo brasileiro objetiva reduzir progressivamente os leitos psiquiátricos e qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar. Porém, num primeiro momento, a rede extra-hospitalar foi a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), através do esforço não só de implantar, mas também de articular os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), as Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais, e de incluir as ações de Saúde Mental na Atenção Básica. Impõe-se pensar, portanto, o processo de desconstrução das redes de instituições totais em

Saúde Mental, de características hospitalocêntricas, e a construção de um novo sistema de Saúde Mental que funcione em uma dinâmica institucional autopoiética. Essa situação facilitaria as mediações dialógicas nas relações terapêuticas e entre os diversos atendimentos, com conexões intra e interinstitucionais, como também contribuiria para a inserção social do usuário.

As práticas técnico-profissionais e as políticas públicas carecem da tomada de medidas concretas, que possam superar essa situação no sentido de melhor qualificar os atendimentos em Saúde Mental (VIEIRA FILHO; NÓBREGA, 2004). Esse é o espírito da Portaria GM/MS nº 3.088/2011, que preconiza o atendimento a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas em uma rede articulada e formada por sete componentes: Atenção Básica, Atenção Psicossocial Especializada, Atenção de Urgência e Emergência, Atenção Residencial de Caráter Transitório, Atenção Hospitalar, Estratégias de Desinstitucionalização, e Reabilitação Psicossocial.

Portanto, na Política Nacional de Saúde Mental, é necessária a existência de ações dentro da Atenção Básica, efetivamente: implementar uma política de atenção integral ao paciente com transtorno mental e problemas decorrente do abuso de álcool e outras drogas. Há muito o que fazer e nos encontramos nos passos iniciais, por certo. E ainda há que se considerar que todo esse trabalho deve ser desenvolvido dentro do contexto do SUS, com sua complexidade, princípios, funcionamento e pretensões. Cabe lembrar que o SUS pretende ser o melhor Sistema Único de Saúde, mas na realidade ainda nos encontramos longe de atingir o que almejamos.

Esse é o papel do *matriciamento*, tão propalado e defendido na área. O *apoio matricial* ou *matriciamento* é um novo modo de produzir saúde em que duas ou mais equipes, em um processo de construção compartilhada, criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica. Chiaverini et al. (2011) nos informa que “no processo de integração da Saúde Mental à Atenção Primária na realidade brasileira, esse novo modelo tem sido o norteador das experiências implementadas em diversos municípios, ao longo dos últimos anos. Esse apoio matricial, formulado por Gastão Wagner Campos (1999), “tem estruturado em nosso país um tipo de cuidado colaborativo entre a Saúde Mental e a Atenção Primária” (p. 13).

Isso porque, bem sabemos, os sistemas de saúde, tradicionalmente, se organizam de uma forma vertical-hierárquica, implementando uma diferença de autoridade entre quem encaminha um caso e quem o recebe, ocorrendo tão somente uma transferência de responsabilidade nesse processo de encaminhamento, com uma comunicação, na maioria das vezes, de forma precária e irregular, geralmente por meio de burocracias por escrito (pedidos de parecer, formulários de contra referência, documentos pré-organizados, etc.) que não oferecem a resolubilidade necessária.

Chiaverini (2011) ainda nos revela que:

(essa) nova proposta integradora visa transformar a lógica tradicional dos sistemas de saúde: encaminhamentos, referências e contra referências, protocolos e centros de regulação. Os efeitos burocráticos e pouco dinâmicos dessa lógica tradicional podem vir a ser atenuados por ações horizontais que integrem os componentes e seus saberes nos diferentes níveis assistenciais. (p. 13)

Já com relação à lei 10.216, que institui a questão da proteção dos direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais, é importante notar que avançamos. Torna-se delicado questionar as imprecisões (terminológicas, conceituais ou mesmo políticas) dessa lei no presente momento, pois sem dúvida alguma se trata de um grande avanço do movimento e da política nessa área. Entretanto, há questões conceituais importantes. O uso do termo “pessoas portadoras de transtornos mentais”, por exemplo. Fenomenologicamente, as pessoas são como são, independente de ter ou não uma doença mental, cabendo menos ainda denominá-las como “portadoras de um transtorno mental”, como a psicose, o autismo etc. A lei criada refere-se a elas como se portassem alguma coisa, que vem de fora para dentro, quando elas são assim, ou se estruturam e vivem assim, efetivamente.

De acordo com a lei e com o sistema atual, as ações em Saúde Mental, na Atenção Básica, devem ser organizadas a partir do Núcleo de Atenção à Saúde da Família (Nasf), que são equipes que devem fornecer suporte técnico (supervisão, atendimento em conjunto e atendimento específico), além de participar de uma iniciativa de capacitação às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de Saúde para a população, como a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Agente Comunitário de Saú-

de, por exemplo. Ou seja, existe uma enorme complexidade que explicita algumas dificuldades na comunicação e no funcionamento desses atores. Longe de se tratar de um desestímulo, esse cenário nos desafia. Os núcleos, por exemplo, devem ser constituídos em municípios acima de quatro mil habitantes – os NASF –, na proporção de um núcleo para cada nove a onze equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF). A equipe de Saúde Mental deve ser constituída por um psicólogo ou psiquiatra, e isso já coloca demandas para nossa categoria, evidenciando que precisamos nos preparar, nos capacitar e nos apresentar para essa importante tarefa.

No Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (IP/UnB), por exemplo, a área de Saúde, ao confluir para o Departamento de Psicologia Clínica (PCL), por exemplo, tem nos auxiliado a refletir – o que nos desafia a implementar ações – acerca da questão das políticas de Saúde Pública em geral, posto que a Saúde Mental já tem sido nosso foco. Um relevante trabalho desenvolvido em nossa universidade teve como objeto de estudo as dimensões da Clínica nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) a partir da perspectiva dos trabalhadores e usuários envolvidos no cotidiano de cuidado desses serviços. Grigolo (2011), por exemplo, buscou percorrer os temas que foram se configurando como centrais para o entendimento das dimensões da Clínica em cada um dos CAPS. Através dessa pesquisa, foi destacada a multidimensionalidade da Clínica da Atenção Psicossocial, que envolve a trajetória dos serviços e dos profissionais, a formação para o trabalho em Saúde Mental, e a complexidade das práticas terapêuticas, do cuidado nas crises e das relações com o território. Também foi apontada a importância do relacionamento entre os profissionais, e dos profissionais com os usuários e com os familiares, no cotidiano dos CAPS, considerando a dimensão ética e política dessas relações e o desafio da participação mais efetiva dos usuários. Foram destacadas as perspectivas sobre as práticas terapêuticas e as considerações sobre as concepções de Clínica vigentes entre os trabalhadores.

Outro aspecto enfatizado foi a avaliação que profissionais e usuários fizeram sobre os CAPS. Foi constatada também a coexistência de procedimentos do modelo clínico tradicional com concepções e práticas da Atenção Psicossocial, conduzindo à tensão existente, dentre trabalhadores, entre o preconizado e o praticado. As narrativas dos usuários evidenciaram o CAPS como um lugar de referência e mediação para suas vidas, de es-

cuta, de organização do cotidiano, de produção de vínculo, e de cuidado diferenciado. A avaliação dos usuários sobre os CAPS também revelou lacunas, principalmente nas relações cotidianas com os profissionais, nas ofertas terapêuticas, nas relações com as famílias e na participação dos usuários nos CAPS (GRIGOLO, 2011).

Alguns trabalham com essa questão apenas eventualmente, porém, é importante perceber as grandes possibilidades que o campo possui também para terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, profissionais da Enfermagem e cientistas sociais. A atual política prevê que haja psicólogo ou psiquiatra, ou terapeuta ocupacional e um assistente social. Dessa forma, as combinações são múltiplas e permitem que a Saúde Mental atue junto à Equipe da Saúde da Família, ou seja, unindo duas equipes para poder refletir acerca da questão da Saúde Mental. As equipes devem estar articuladas preferencialmente aos CAPS, ou onde houver um serviço de Saúde Mental de referência. Serviço de saúde mental de referência significa, em especial, o próprio CAPS, que deve ser referência para realizar o que denominamos de *matriciamento* da Saúde Mental dentro da Atenção Básica, conforme definido anteriormente. Eis aqui uma grande dificuldade: os CAPS encontram-se sobrecarregados e, muitas vezes, sequer funcionam como deveriam. Muitos, obviamente, estão bem organizados e bem articulados, mas nem toda a rede está efetivamente instalada, nem toda a rede está articulada, e os CAPS, às vezes, tentam tão somente sobreviver, quiçá conversar ou interagir com a Atenção Básica.

Em outro estudo realizado por nosso departamento da universidade (COSTA; GRIGOLO, 2009), foi observado que esses serviços têm como principal missão evitar as internações em hospitais psiquiátricos, de modo a promover a saúde mental das pessoas com transtornos mentais graves. Porém, esse novo dispositivo tem colocado diversas questões no cenário das práticas de Saúde Mental: como está sendo realizado o atendimento nesses serviços? As práticas dos profissionais que neles atuam configuram nova Clínica? Qual é a Clínica que se tem praticado nos CAPS? Como os profissionais a fundamentam? Os CAPS, como dispositivos estratégicos da Reforma Psiquiátrica, são lugares de transformação dos profissionais e das práticas em Saúde Mental? Os profissionais dos CAPS estão se questionando sobre o modelo teórico e metodológico da Clínica que constroem nas suas práticas terapêuticas? Os serviços têm construído novas formas

de relação com a loucura e com a sociedade? Essas questões estão sendo investigadas por uma grande ação do Ministério da Saúde (MS), através das universidades, no que se convencionou chamar “AvaliarCaps”. Dentre os produtos dessa pesquisa nacional, figuram os resultados obtidos pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (IP/UnB) através da coordenação do primeiro autor, responsável pela avaliação nas regiões Centro-Oeste e Norte do país.

Segundo Bonfim et al. (2013), com quem concordamos, o desafio da efetivação da integralidade da atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) favorece a discussão sobre o Apoio Matricial (AM) para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e evidencia a necessidade de mais estudos sobre o tema. É importante enfatizar a importância da articulação entre a Saúde Mental e a Atenção Primária, embora também seja relevante indicar que o Apoio Matricial em Saúde Mental faz parte de um modelo de atenção à saúde em construção, e que novos aportes teórico-práticos e estudos avaliativos são indispensáveis para seu aperfeiçoamento.

A articulação entre Saúde Mental e Atenção Básica possui, então, alguns princípios: a noção de *território* (obrigatoriedade de funcionar no local onde devia estar), que já indicamos acima; a fundamental *organização da Saúde Mental em rede*; a *intersectorialidade*; a *reabilitação psicossocial*, a *multiprofissionalidade* e a *interdisciplinaridade*; a *desinstitucionalização*; a *promoção da autonomia dos usuários* (construção da autonomia possível dos usuários e familiares); o *acolhimento e vínculo*, dentre outras. Ou seja, são diversos fatores que a lei demanda (ou a Reforma preconiza) como princípios para que seja possível realizarmos efetivamente tudo isso. Portanto, desafios, muitos desafios.

Dessa feita, trabalho não falta, mas dificuldades também, efetivamente. Assim, a ideia de se realizar tudo isso através da junção entre a questão da Saúde Mental com a questão da Atenção Básica através do matriciamento é condição *sinequanon*. As ações da Saúde Mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado de base territorial e atuação transversal em outras políticas específicas, que busque o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Na teoria é belíssimo, um ideal. No entanto, o desafio e as dificuldades estão não só no assentimento da necessidade dessa ação, mas também em sua viabilização técnica e política.

A responsabilidade compartilhada dos casos exclui a lógica de encaminhamento, que na realidade é o que prevalece, é o *encaminhonismo*, que, aliás, não é nem o encaminhamento. Chamamos de *encaminhonismo* quando encaminhamos para outro serviço e, muitas vezes, sequer buscamos tomar conhecimento da continuidade do processo, pois isso significaria nos implicarmos (encaminharmos, mas buscarmos saber se o usuário foi recebido, se está acompanhado, e onde cessa e onde continua, ou não, nossa responsabilidade por ele). O que mais encontramos no atual cenário são encaminhamentos realizados com o intuito de desfazer-se do problema e da responsabilidade pelo sujeito. Já a responsabilidade compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutiva do problema de saúde pela equipe local. A equipe deveria responsabilizar-se pelo gerenciamento do caso. A ideia geral, pensando em rede, é a de que o cliente não é de fulano, cicrano ou beltrano, não é do CAPS, não é da Atenção Básica, não é do psicólogo nem do psiquiatra, e sim de todos os locais para que ele dirija sua demanda. Seja no CAPS ou na Atenção Básica, no consultório ou hospital, a responsabilidade é de todos que ele procure/necessite. Essa é a ideia, esse é o panorama onde desejamos chegar, efetivamente.

A demanda para Saúde Mental (quando pensamos em matriciamento, como dito acima), em uma estrutura conjunta com a Equipe de Saúde da Família (considerando a colaboração da Saúde Mental), é de que se torne possível realizar este trabalho, para que se possa ter como instrumentos, por exemplo, o Projeto Terapêutico Singular (PTS). O sujeito necessita dePTS que tenha sido previamente discutido por uma equipe de Saúde Mental, de forma a estabelecer quais são as ações que precisam ser realizadas com esse sujeito. Dessa forma, os profissionais da Atenção Básica já possuirão norteadores de como lidar com ele no território. Se ele já passou, por exemplo, no CAPS, é necessário que já possua seu PTS; porém, nem todo CAPS realiza essa tarefa. É indispensável conhecer se ele necessita de ações na comunidade, na Atenção Básica, em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) ou em uma Equipe de Saúde da Família. E, quando já se possui um PTS, há uma referência mais qualificada sobre como lidar com esse sujeito.

Observem que aqui temos um desafio: construir essa articulação e esse diálogo, desafio bastante complexo, sem dúvida alguma. A intercon-

sulta, a consulta compartilhada, a visita domiciliar, os contatos à distância... Sempre temos abordado essas questões em nossas aulas na graduação: conhecer a rede e a família desse sujeito a partir de uma compreensão mais detalhada, utilizando, por exemplo, genogramas, mapas de rede e ecomapas. Acessar essas informações nos possibilita estruturar condições de diálogo com a Atenção Básica sobre o sujeito, o que é o ideal.

No atendimento tradicional, o que vemos é o profissional especializado (psicólogo, psiquiatra, terapeuta ocupacional ou assistente social) atendendo a livre demanda. Profissionais trabalhando isoladamente, atendendo o que surge, quando o ideal é que esse atendimento fosse realizado em rede. A consulta conjunta, em Saúde Mental, seria o usuário com uma enfermeira e um psicólogo, ou com um terapeuta ocupacional e um psiquiatra. Mas isso é o ideal e, na maior parte das vezes, não acontece.

Nesse modelo ideal, o que se tem é a complexidade do modelo interdisciplinar, em rede, com visões distintas e discussões de caso. O sujeito seria atendido logo após o cadastro e por uma equipe integral. Assim prevê a lei.

Então, a organização do serviço, a Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui uma estratégia para organização e fortalecimento da Atenção Básica. Uma das primeiras coisas que as Secretarias de Saúde e os serviços de Saúde deveriam fazer é organizar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) através dos NASF, para que, em parceria com as estratégias dos serviços substitutivos da Saúde Mental, realizassem ações conjuntas.

Minozzo; Costa (2013), por sua vez, discutiram uma experiência de implantação do Apoio Matricial em Saúde Mental no Rio de Janeiro, através de uma pesquisa-ação cujos instrumentos foram os grupos operativos de reflexão e as respostas a questionários. Realizaram-se grupos com profissionais da ESF, do CAPS e dos dois serviços conjuntamente. No que tange à ESF, os resultados apontaram dificuldades na abordagem dos casos de Saúde Mental e a coexistência dos modos asilar e psicossocial nas práticas de cuidado. Em relação ao CAPS, indicaram a importância do fortalecimento do trabalho em equipe. Conclui-se que há necessidade de fortalecer a Saúde Mental na Atenção Primária, com investimentos na educação permanente, no estabelecimento de indicadores e na integração entre ESF e CAPS.

Obviamente, são necessárias equipes de referência, com saberes profissionais especializados, porém, também é necessário respeitar o saber da equipe e o saber do usuário. As decisões não deveriam ser tomadas apenas a partir do saber do especialista. Faz-se necessário pactuar, nessa consulta compartilhada, os saberes que possam, efetivamente, dar conta do agravo, da promoção, da prevenção ou da questão do tratamento do ponto de vista de um acompanhamento mais complexo.

Portanto, a ideia seria a de que a equipe de Saúde Mental estivesse junto à Estratégia Saúde da Família, e tivesse comunicação com esse campo em diferentes níveis. Em um passo seguinte, teríamos a Saúde Mental em si (Residências Terapêuticas, CAPS, pronto-atendimento, Centros de Convivência) nesse contato e, num outro passo, que seria já mais complexo, a questão do Hospital Geral, do funcionamento de saúde. É importante observar que, quando falamos de rede, não nos referimos apenas à questão dos profissionais que trabalham em rede, mas também da necessidade de os serviços trabalharem em rede, intersetorialmente. Claro que esse é um ideal, é o que diz a teoria, porém, é necessário atingirmos essa complexidade, efetivamente. Obviamente, com o apoio da Secretaria Municipal de Saúde ou da Secretaria de Saúde, temos o SAMU, outras transferências para os serviços especializados, os CAPS Álcool e Drogas e apoio diagnóstico.

Outro desafio, de particular interesse em nossa área, seria o gerenciamento de crises no território na Atenção Básica. Desenvolvemos um trabalho no GIPSI (Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico) que se trata de gerenciar as primeiras crises onde ela de fato acontece, objetivando, com isso, eliminar gradualmente a internação como forma única de tratamento e de exclusão social, e buscando lutar por uma rede de serviços substitutivos (CAPS; Centros de Convivência e Cultura Assistidos; Cooperativas de Trabalho Protegido e Economia Solidária; Oficinas de Geração de Renda e Residências Terapêuticas de Atenção Psicossocial). Com isso, é visada a integração das pessoas que sofrem à sua própria comunidade, descentralizando e territorializando o atendimento em Saúde Mental (GIPSI, 2010), como a nossa política atual demanda, e como tanto desejamos.

A diferença é que não gerenciamos a crise no hospital ou dentro do CAPS, mas onde ela acontece. E ela acontece no território, na família,

no meio da rua, no ônibus, em sala de aula, ou seja, acontece, de fato, no território, sem que sequer tenhamos a consideração disso. Da mesma forma que ocorre com relação ao autismo, acontece a mesma coisa com as pessoas que vivenciam crises pela primeira vez, ou seja, ainda não há um espaço para as primeiras crises. As crises são norteadoras do processo de saúde mental de um sujeito, no sentido de se cronificarem ou não; assim, seu gerenciamento se trata de trabalho de prevenção em Saúde, quando não de promoção de Saúde. Se uma primeira crise é bem gerenciada, provavelmente não se cronificará, e tampouco demandará a entrada do sujeito no sistema tradicional. Isso poderia ser levado a cabo na Atenção Básica, por que não? Entretanto, essa dimensão sequer ainda foi ventilada em termos de política pública. Os casos de gerenciamento de primeiras crises têm um diferencial dentro da própria Saúde Mental. Temos tentado levar essa ideia aos CAPS, promovendo rodas de conversa em uma discussão aberta com todos os profissionais. Quando o assunto é emergência ou urgência, lá estamos, levando a fenomenologia da crise psíquica, no sentido de promover uma reflexão acerca de onde estão os serviços, onde está a emergência, a urgência, os serviços x, y e z. Mas a pergunta mais importante ainda é: “você sabem o que é crise”? Isso é o básico, pois gerenciar uma primeira crise é algo bem diferente de gerenciar a décima quinta. Para além dos sintomas evidentes ou características familiares, o que envolve a psicose é um padrão relacional que seria construído em parceria e com a participação efetiva de todos os atores (COSTA, 2008), e para manejá-la adequadamente é importante não apenas conhecer a rede onde está inserido o sujeito, mas também articular a rede que o atenderá.

Quem realiza esse trabalho nos CAPS, por exemplo, já conhece o sujeito, já sabe como ele se comporta na crise, já sabe qual é a medicação que ele toma, já consultou os profissionais de referência. Mas na primeira crise ninguém quer estar com o sujeito: um problema a ser enfrentado por essa população é a falta de estrutura, treinamento e equipe adequada ao atendimento desse tipo de situação. O despreparo teórico-prático das equipes de Saúde Mental pode fazer, inclusive, com que essa população seja erroneamente diagnosticada (COSTA, 2010).

Isso nos faz tomar um posicionamento, pois ainda estamos muito longe de, de fato, possuímos um SISTEMA DE SAÚDE MENTAL. Ainda nos encontramos muito fundamentados na DOENÇA MENTAL. O siste-

ma de Saúde Mental é calcado na doença mental. Por quê? Pelo mundo inteiro, por exemplo, na Itália, onde houve muitas reformas, temos Centros de Crise. Mas, aqui, vamos imaginar a seguinte situação: o pai do sujeito morreu, ele ficou depressivo, e não deseja ir ao CAPS. Não há para onde ir: ou vai para uma escola de Saúde/Psicologia, para o manicômio ou para o CAEP (Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos da Universidade de Brasília). Ou seja, buscamos alternativas, nem sempre adequadas, por não possuímos Centros de Crise. Os Centros de Crise internacionais, que têm mais ou menos o modelo para o qual o GIPSI está caminhando, atendem desde crises leves até crises psíquicas graves em seu primeiro episódio. Porém, caso se faça necessária uma unidade especializada ou um acompanhamento mais específico, aí, sim, será necessário demandar a rede de apoio. No Brasil, a ideia de Centros de Crise sequer é aventada.

Outra questão, não menos importante, se refere às ações e aos dispositivos que integram a produção do cuidado do cuidador. É fundamental repensar o espaço micropolítico do trabalho em Saúde Mental. Um trabalho recente que pretendeu problematizar essa questão foi realizado por Silva (2014), por intermédio de entrevistas semiestruturadas desenvolvidas com profissionais, gestores dos CAPS e gestor da Divisão de Saúde Mental/SMS da Rede de Atenção Psicossocial de Goiânia (GO). Por meio de análise cartográfica, foi possível mapear os desafios e os impasses do modelo psicossocial que abrangem os agenciamentos macro e micropolítico, as posturas ético-políticas, a potencialidade das relações no trabalho em equipe e os dispositivos de produção do cuidado do cuidador.

Esse mapeamento possibilitou configurar a construção de uma caixa de ferramentas que aciona a produção do cuidado do cuidador, em que foi destacada a importância da articulação das dimensões macro e micropolíticas. Outro ponto relevante analisado foram as relações interpessoais estabelecidas no trabalho em equipe, consideradas como fator que desencadeiam maior ou menor potência na manifestação do envolvimento em projetos coletivos, nas decisões compartilhadas e na avaliação crítica do trabalho. Nesse âmbito, os gestores possuem um papel fundamental na garantia da participação colegiada e na responsabilização pela dinâmica interna da equipe. De tal forma, foram assinalados alguns dispositivos de produção do cuidado do cuidador, embora ainda não possuam regularidades ou não sejam de fato existentes, quais sejam: supervisão clínico

-institucional, capacitação, educação permanente, escola de supervisores, grupos de estudos, dinâmicas que envolvam as relações interpessoais e conversas sobre a organização dos serviços.

Importante observar que a potencialidade da caixa de ferramentas da produção do cuidado do cuidador está conectada à prática coletiva a ser construída entre os diversos atores envolvidos nas gestões e serviços, mediante o esforço de análise crítica e ética do cotidiano do trabalho. Essa temática ainda carece de reposicionamento subjetivo e novas conexões no campo da Saúde Mental, no sentido de promover mais encontros e afetos que desencadeiam momentos de criação e produção (p. 14).

Outra questão a considerar é que ainda não possuímos a noção da importância, no processo subjetivo de saúde mental, das características mais fundamentais da Atenção Básica em Saúde (ABS), do SUS, dos serviços de referência e do modelo de Unidade Básica de Saúde (UBS). Não há um predomínio da prevenção, da promoção em Saúde. Respondemos, ainda, baseados no modelo do tratamento químico. O que prevalece ainda é o médico, sentado atrás de sua mesa, dizendo o que os outros devem fazer com as pessoas que estão no território.

A definição da Estratégia Saúde da Família (ESF) pelo Ministério da Saúde (MS) não vem acompanhada de um embate cultural e técnico suficiente para enfrentar o mito do atendimento especializado. Isso é o que estamos fazendo agora, problematizando, nos colocando, para buscarmos uma mudança. Além disso, a definição da Estratégia Saúde da Família (ESF) não vem acompanhada de uma estratégia de transição do modelo antigo para o novo; ocorre, mais ou menos, da seguinte forma: há a atenção em Saúde Mental e a Atenção Básica em Saúde, então, é suficiente. Mais uma questão é a inexistência de consenso acerca da importância de algumas características mais fundamentais: o estabelecimento dos territórios sanitários, a continuidade, a longitudinalidade, a integralidade, e a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população descrita. Assim, a Atenção Básica está isolada no sistema, ou seja, há uma ausência de instrumentos reais que garantam a primazia da Atenção Básica no sistema; a Atenção Básica não é primazia no sistema hoje, embora todo mundo fale dela, alerte para sua importância, onde e como deve ser realizada, etc. A relação de poder profissional/usuário continua a ser a regra da especialidade: “eu sou o médico”, “eu sou o psicólogo”, “eu sou o assistente

social”]; saberes diferenciados (o saber acadêmico e o saber profissional) contra o saber do usuário, contra o saber que não sabe nada e os familiares, que sabem menos ainda...

Imaginário coletivo de percepção um tanto diferenciada; ausência de vinculação dos serviços de atenção secundária especial ao território sanitário, e é claro que o SUS é, então, menos único e mais complementar: não temos um Sistema Único de Saúde, temos um Sistema Complementar de Saúde, embora, no papel, na concepção, seja um sistema único.

Há um sistema privado que seria necessário para manter a Constituição; a generosidade do Estado Brasileiro para com o setor privado tem algum respaldo cultural e político na compreensão da saúde como mercadoria. É essa a nossa crítica política. Na realidade, o SUS não se encontra fortalecido, embora todos os trabalhadores que estão aqui presentes, alunos, professores e profissionais da área, profissionais da Saúde Mental, da Atenção Básica, desejem fazer isso, há uma questão política muito grande, que é a questão da privatização da saúde. Há setores da economia do mercado brasileiro que não desejam que esse fenômeno dê certo, uma vez que eles ganham dinheiro com isso, pois vivemos num sistema capitalista. Não lutamos apenas com uma questão de instalação de modelo, e sim com questões econômicas e culturais muito fortes. Não é possível sustentar as coisas, não por se tratar de incompetência (até porque competentes e desejantes de agir nós somos), o problema é que não há financiamento para isso, ou há interesses que financiam justamente o contrário.

Dessa feita, é cristalino que a articulação da assistência em Saúde Mental, por meio de uma rede dinâmica e conectada, é um desafio no novo cenário das políticas públicas de Saúde no Brasil. A garantia do acesso, atendimento, prevenção, resolução e reabilitação aos usuários dos serviços de Saúde tornam-se instigante aos profissionais. Nesse sentido, visualizamos o cenário estudado como um espaço prioritário, necessário e atual para investigações que preconizem mudanças e criatividade na atenção em Saúde Mental no espaço do território (WETZEL et al., 2014).

No entanto, é passada a hora de os sujeitos com transtorno mental terem seus direitos respeitados e cumpridos. Os “loucos” encontram-se à margem da sociedade desde tempos remotos e todo esforço no sentido de mudar essa realidade tem-se mostrado lento e difícil. Não podemos, entre-

tanto, culpabilizar os governos ou a rede de atenção. É necessário lembrar que ambos são compostos e regidos por uma sociedade que carrega consigo a herança cultural de negligência e repúdio a esses sujeitos.

A formação dos estudantes de graduação, de todos os cursos envolvidos no cuidado com essa população, precisa ser revista, desde os currículos que necessitam de atualização, até as dinâmicas e as referências teóricas. Não é de se espantar que alunos formados com base em autores de dois séculos atrás, e cujo único contato com a “doença mental” seja realizada por intermédio de uma visita à instituição de padrão asilar, possam promover a implementação de um novo modelo que, muitas vezes, sequer é estudado.

Além disso, é necessário promover um maior empoderamento das famílias. Muitas delas se negam a colaborar com o tratamento de seus entes, não apenas por uma questão de incômodo, mas por, efetivamente, não saberem como lidar com eles e com seus comportamentos.

Por último, acreditamos ser indispensável a aproximação, por parte das universidades, dos serviços de atendimento. As trocas entre a academia e a prática são essenciais para atualizar ambos os lados no que tange às dificuldades e possibilidades que surgem diariamente. Observamos que muitos estudos importantes ficam restritos ao ambiente universitário, sendo que poderiam auxiliar as equipes e serviços de Saúde a desempenharem um cuidado mais efetivo. Por outro lado, é inegável o fato de que, em alguns momentos, certos estudos teóricos nem sempre contemplam as dificuldades práticas do dia-a-dia desses serviços.

Falar de rede não é apenas falar de rede de serviços, mas de rede de pessoas, de indivíduos e de individualidades interligados entre si. É chegada a hora de percebermos, definitiva e praticamente, que a questão da “loucura” do outro afeta a “loucura” de todos nós. Aí, sim, estaremos retomando fenomenologicamente a loucura a partir de onde ela própria se estruturou: nas relações, na vida, no cotidiano e na existência.

Referências

- BONFIM, I. G. et al. (2013). Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 45, 2013, p. 287-300.
- BRASIL. Observatório “Crack, É Possível Vencer”, Consultório na Rua. <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/consultorio-na-rua.html>, acessado em 23/06/2014.
- BRASIL. **Portaria nº 1029, de 20 de maio de 2014**. Diário Oficial da União Seção 1, Nº 95, de 21/05/2014. Brasília: Imprensa Nacional, 2014. p.55.
- BRASIL. **Portaria nº 1190, de 4 de junho de 2009**. Diário Oficial da União Seção 1, Nº 106, de 05/06/2009. Brasília: Imprensa Nacional, 2009. p. 128.
- BRASIL. **Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012**. Diário Oficial da União Seção 1, Nº 19, de 21/01/2012. Brasília: Imprensa Nacional, 2012. p. 46.
- BRASIL. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Diário Oficial da União Seção 1, Nº 204, de 24/10/2012. Brasília: Imprensa Nacional, 2011. p. 48.
- CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, 1999, p. 393-403.
- CHIAVERINI, D. H. et al. (Orgs.). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. UFRJ, 2011.
- COSTA, E. W. K. A. Rorschach e psicose: avaliação psicodinâmica do sofrimento psíquico grave. 2011. 140 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2011.
- COSTA, I. I. Família e psicose: reflexões psicanalíticas e sistêmicas acerca das crises psíquicas graves. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 8, n. 1, 2008, p. 94-100.
- COSTA, I. I.; GRIGOLO, T. M. (Orgs.). **Tecendo Redes em Saúde Mental no Cerrado: estudos e experiências de atenção em Saúde Mental**. Brasília: Universidade de Brasília, 2009.
- FIGUEIREDO, M. D.; CAMPOS, R. O. Saúde Mental e Atenção Básica à Saúde: o apoio matricial na construção de uma rede multicêntrica. **Saúde em Debate**, v. 32, n. (78/80), 2008, p. 143-149.
- GIPSI. **Manual de orientação do Gipsi**. Brasília: Kaco Editora, 2010.
- GRIGOLO, T. M. “O Caps me deu voz, me deu escuta”: um estudo das dimensões da clínica nos Centros de Atenção Psicossocial na perspectiva de trabalhadores e usuários. 2010. 283 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2010.
- KODA, M. Y.; FERNANDES, M. I. A. (2007). A reforma psiquiátrica e a constituição de práticas substitutivas em saúde mental: uma leitura institucional sobre a experiência de um núcleo de atenção psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 6, 2007, p. 1455-1461.
- MINOZZO, F.; COSTA, I. I. D. Matrix support in mental health between Psychosocial Attention Center (CAPS) and Family Health Teams: analyzing possible paths. **PSICO-USF**, v. 18, n. 1, 2013, p. 151-160.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo: Saúde mental - nova concepção, nova esperança**. Lisboa: OMS, 2001.

ONOCKO-CAMPOS, R. T.; FURTADO, J. P. Entre a saúde coletiva e a saúde mental: um instrumental metodológico para avaliação da rede de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) do Sistema Único de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, 2006, p. 1053-1062.

ILVA, E. A. (Re)visitando a caixa de ferramentas em saúde mental: o cuidado de si como condição para cuidar do outro. 2013. xv, 248 f. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

VIEIRA FILHO, N. G.; NÓBREGA, S. D. A atenção psicossocial em saúde mental: contribuição teórica para o trabalho terapêutico em rede social. **Estudos de Psicologia**, v. 9, n. 2, 2004, p. 373-379.

WETZEL, C. et al. The network of mental health care from the family health strategy service. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 35, n. 2, 2014, p. 27-32.

NERY FILHO, A. et al. (2011). Olhares cruzados: a invisibilidade e o olhar do consultório de rua. In: Guia do projeto consultório de rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/329225.pdf>.

ROGERS, C. **Liberdade para aprender**. Belo Horizonte: Interlivros, 1977.

ROGERS, C. **Grupos de Encontro** (5ª ed.). São Paulo: Martins Fontes, 1987.

ROGERS, C. **On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy**. Boston: Houghton-Mifflin, 1995.

SANTANA, C. Consultórios de rua ou na rua?: reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8, p. 1798-1800, 2014.

SOUSA, V.; CURY, V. Psicologia e atenção básica: vivências de estagiários na Estratégia de Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, Supl. 1, p. 1429-1438, 2009.

VAN WIJNGAARDEN, J. D. H. et al. Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 27, n. 1, p. 34-49, 2012.

XIMENES, V. ET AL. Psicologia comunitária e política de assistência social: diálogos sobre atuações em comunidades. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, p. 686-699, 2009.

9. PAPÉIS DO PSICÓLOGO NO CONSULTÓRIO NA RUA

Amanda Maria de Albuquerque Vaz

Victor Costa Wichrowski

O eixo central deste capítulo é refletir sobre os papéis do psicólogo inserido no contexto do Consultório na Rua (CnR). Esta modalidade de serviço, pertencente à Atenção Básica em Saúde (ABS), é responsável pela atenção integral à saúde das pessoas em situação de rua, considerando as especificidades de suas demandas e trabalhando dentro da lógica de redução de danos. Os Consultórios na Rua são formados por equipes multiprofissionais e sua atuação no território ocorre de modo itinerante e *in loco*; assim, são preconizados a pactuação e o desenrolar de processos de referência-contrarreferência com as Unidades Básicas de Saúde (UBS), com os CAPS, e com os serviços de urgência/emergência de hospitais gerais.

A complexidade deste cenário envolve, portanto, desde arranjos vinculados à elaboração/manutenção de políticas públicas e à implantação de políticas governamentais até o mapeamento/cobertura dos territórios pelas equipes de Consultório na Rua (eCR). Desta forma, estão inclusas, em todos os âmbitos que compõem o serviço, as relações desenvolvidas entre gestores, trabalhadores dos espaços de Saúde e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); neste sentido, a formação e o olhar teórico-metodológico do psicólogo se apresentam como ferramentas relevantes para a atuação, especialmente pela importância caracteristicamente dada pela Psicologia ao vínculo e à subjetividade para a construção de ações coerentemente amparadas na realidade e nas necessidades dos sujeitos.

No intuito de destrinchar e aprofundar o tema, este capítulo está dividido em duas seções distintas: na primeira, fazemos uma exposição do surgimento e do desenvolvimento do Consultório na Rua, bem como uma caracterização de sua atual constituição; na segunda, a partir destas informações, discutimos os papéis cabíveis ao psicólogo neste contexto. Assim, esperamos que este texto sirva como fonte de pesquisa e de construção teórico-metodológica na formação e na prática tanto do psicólogo quanto

dos demais profissionais do Sistema Único de Saúde que tenham interesse nos princípios, na história e na lógica de funcionamento do Consultório na Rua.

O Consultório na Rua: Nascimento e Consolidação

No Brasil, um dos pioneiros na estruturação de uma modalidade de serviço de Saúde destinada a atender a população em situação de rua foi o professor Antônio Nery, coordenador do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD) da Faculdade de Medicina da Universidade da Bahia (UFBA). Seu projeto, construído e fortalecido na década de 90, foi batizado Consultório **de** Rua (grifo nosso), e tinha como objetivo fornecer acesso aos serviços de Saúde para pessoas que, por estarem em situação de rua, tendiam a ser invisibilizadas socialmente, ou seja, a sofrer em função de atitudes de indiferença e de exclusão exercidas pela sociedade como um todo (SOARES et al., apud NERY et al., 2012). Marginalizadas e estigmatizadas nos âmbitos econômico, político e social, estas pessoas careciam também de uma via de acesso ao cuidado à saúde, de maneira que o Consultório de Rua se organizou enquanto estratégia essencial para este fim: originalmente, o serviço se constituía de equipes multiprofissionais que iam ativamente até os locais com maiores concentrações de pessoas em situação de rua, no intuito de estabelecer vínculos e de oferecer atenção e cuidado em saúde.

Inicialmente, tendo em vista sua relação com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, o Consultório de Rua emergiu conectado à luta com o uso de álcool e outras drogas, mas não se limitou a isto: a prerrogativa era auxiliar as pessoas em situação de rua no que dizia respeito a quaisquer cuidados básicos em saúde, de modo que fossem levadas em consideração suas especificidades, enraizadas em todos os âmbitos citados, e também suas singularidades enquanto sujeitos. Nesta perspectiva, os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde – a Integralidade, a Universalidade e a Equidade – serviram como fundamento para a elaboração de medidas que pudessem abarcar a complexidade dos cenários de rua, bem como evidenciaram a importância de que as ações fossem coordenadas: a) multidisciplinarmente, conforme exposto, por profissionais de diferentes áreas; b) setorialmente, por articulações com os atores locais, e

por abertura de campos de atuação mediante essas articulações; e c) inter-setorialmente, por diálogos com a rede institucionalmente estruturada de Saúde (BRASIL, 2010).

Apesar de ter sua implantação pleiteada ao longo de toda a década de 1990, o Consultório de Rua só foi colocado em prática em 1999, quando a concentração de pessoas que moravam na rua e faziam uso de drogas aumentou nos pontos turísticos de Salvador, que, neste momento, haviam sido recém-inaugurados, após reforma, e movimentavam consideravelmente a economia local. Assim, estas circunstâncias constituíram um cenário político e social favorável à estruturação concreta do Consultório de Rua. Em 2004, esta equipe – a primeira do Brasil – passou a ter como base física o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS ad) de Salvador, em que permaneceu até 2006. A vinculação tanto com o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (cujo caráter era ambulatorial) quanto com o CAPS ad (caracterizado como um espaço de uso diário pelo fluxo de clientes do serviço) permitiu um monitoramento e uma avaliação do funcionamento do Consultório de Rua na arquitetura da rede de Saúde enquanto estratégia para atender pessoas que moram nas ruas e fazem uso de álcool e/ou de outras drogas, tendo este processo se desdobrado em outras movimentações.

Embora o Consultório de Rua tenha sido originalmente desenhado de acordo com o projeto inicial do Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, o processo de trabalho instaurado na parceria com o CAPS ad foi promissor para a reorientação dos contornos da estratégia, de forma que ela passasse a abarcar novas demandas e novas especificidades. Esta abertura para a reorganização a partir de novas circunstâncias emergidas na prática, em consonância com o alinhamento às características essenciais do serviço, transformou-se em uma das premissas fundamentais na estruturação das atuações e da própria composição da equipe de Consultório de Rua, justamente devido ao reconhecimento de que as clientelas e os espaços de trabalho variam enormemente neste campo. Como experiência inaugural, o Consultório de Rua de Salvador foi tomado como modelo para a definição de outras equipes em novos locais: sob este aspecto, a responsabilidade da equipe em relação à constante melhoria na operacionalização de seu funcionamento face às mudanças e às novidades colocadas pelo trabalho se configurou como pilar na construção de todos os novos

serviços. Inclusive, a própria definição acerca de quais categorias profissionais devem compor o Consultório de Rua sofreu várias reordenações, até que fosse encontrado um conjunto que, de acordo com as experiências instauradas, tivesse maior resolutividade das demandas e proporcionasse maior amparo às próprias dinâmicas das equipes.

A avaliação e o monitoramento da experiência de Salvador também mostraram que as intervenções do Consultório de Rua favorecem a referência-contrarreferência ao viabilizar a inserção, na rede de Saúde, dos sujeitos mais comprometidos em termos de abuso de substâncias e de vulnerabilidade social. Assim, foi considerada a pertinência desta estratégia como alternativa para o atendimento desta população, tendo em vista as dificuldades encontradas, nesta esfera, para o estabelecimento de vínculos efetivos de cuidado na oferta tradicional dos serviços de Saúde. Por estas razões, o Ministério da Saúde (MS) propôs, na portaria nº 1190, de 4 de junho de 2009, que o Consultório de Rua se tornasse um dos dispositivos do Plano Emergencial de Ampliação de Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e Outras Drogas (PEAD) no Sistema Único de Saúde, sendo incluído também, em 2010, ao Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack, com os objetivos de ampliar o acesso aos serviços de Saúde e de melhorar e qualificar o atendimento oferecido pela rede às pessoas que estão em situação de rua e usam álcool e/ou outras drogas.

De Consultório de Rua a Consultório *na* Rua

Embora o Consultório de Rua tenha surgido vinculado à Saúde Mental, a portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde, concernente à aprovação da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituiu a absorção do Consultório de Rua pela Atenção Primária. Deste modo, o Consultório de Rua foi vinculado à Estratégia Saúde da Família (eSF), mais especificamente ao dispositivo Equipe de Saúde da Família Sem Domicílio, e ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir disto, a modalidade de intervenção passou a ser chamada de “Consultório **na** Rua” (*grifo nosso*), e a ser regida pela portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que definiu as diretrizes de organização e de funcionamento das equipes de Consultório na Rua.

Os dois principais motivos para esta movimentação foram: a) a importância de que o Consultório na Rua contasse com recursos financeiros perenes, que são fornecidos pela Política Nacional de Atenção Básica, e b) a proximidade entre as premissas e as atuações do dispositivo Consultório **de** Rua (*grifo nosso*) e entre as premissas e as atuações da Atenção Primária. Sob esta perspectiva, é fundamental salientar que a Política Nacional de Atenção Básica é resultado da experiência acumulada de diversos atores envolvidos historicamente com a pluralidade, o desenvolvimento e a consolidação do Sistema Único de Saúde (dentre usuários, profissionais, gestores de todos os níveis e movimentos sociais), cuja trajetória tem produzido caminhos para um cuidado à saúde pautado: a) em termos operacionais, pela descentralização, pela capilaridade, pela territorialidade, pela aproximação com o cotidiano dos usuários e pela utilização/otimização de tecnologia presente e necessária em parceria com os recursos disponíveis na localidade, e b) em termos de relação com os usuários, pela universalidade, pela acessibilidade, pela equidade, pela integralidade, pelo vínculo horizontalizado e humanizado, pela continuidade do acompanhamento e pela participação social (COSTA, 2009).

Neste sentido, o pertencimento do Consultório na Rua à Atenção Básica se alinha perfeitamente tanto à manutenção das prerrogativas e dos modos de trabalho que originaram o Consultório **de** Rua (*grifo nosso*) quanto à possibilidade de fortalecimento, de expansão e de renovação das intervenções do dispositivo, visto que os métodos e os serviços da Atenção Básica têm sua estruturação com ênfase na promoção de um cuidado global, complexo e integral à saúde. Sob uma ótica pragmática, também cabe frisar que a forma de cobertura operacional realizada pela Atenção Básica está afinada com as necessidades de deslocamento e de busca ativa dos clientes levadas a cabo pelas equipes de Consultório na Rua, visto que as atividades da estratégia são principalmente de cunho itinerante, mas também demandam, em determinados momentos, a parceria com, e a alocação física, nas Unidades Básicas de Saúde. Esta é uma mudança crucial na dinâmica de trabalho em relação ao Consultório **de** Rua (*grifo nosso*), que firmava sua base física em serviços do tipo CAPS: as equipes de Consultório na Rua, se necessário, devem utilizar fisicamente os espaços das Unidades Básicas de Saúde de seus territórios, vinculando-se aos CAPS apenas mediante as demandas de referência-contrarreferência dos proces-

sos dos sujeitos que acompanham.

A portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, que definiu as diretrizes de organização e de funcionamento das equipes de Consultório na Rua, foi adicionada a portaria nº 1029, de 20 de maio de 2014, que reorganizou a formação das diferentes modalidades de equipe, e acrescentou mais categorias profissionais à sua possível composição. Desta forma, atualmente, de acordo com sua modalidade, as equipes de Consultório na Rua são formadas por:

- Modalidade I: minimamente, *quatro* profissionais, dentre os quais dois destes, obrigatoriamente, devem estar entre as categorias enfermeiro, *psicólogo*, assistente social e terapeuta ocupacional, e os demais dentre as categorias agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação (pela portaria de 2012, a Modalidade I era formada minimamente por quatro profissionais, sendo dois profissionais de nível superior e dois de nível médio);
- Modalidade II: minimamente, por *seis* profissionais, dentre os quais três destes, obrigatoriamente, devem estar entre as categorias enfermeiro, *psicólogo*, assistente social e terapeuta ocupacional, e os demais entre as categorias agente social, técnico ou auxiliar de enfermagem, técnico em saúde bucal, cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação (pela portaria de 2012, a Modalidade II era formada minimamente por seis profissionais, sendo três de nível superior e três de nível médio);
- Modalidade III: equipe da Modalidade II acrescida de um profissional médico (pela portaria de 2012, a Modalidade III também era formada pelo acréscimo de um profissional médico à equipe de Modalidade II).

As equipes de Consultório na Rua devem cumprir uma carga horária semanal mínima de 30 horas, sendo que seus horários de funcionamento devem se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana.

É relevante considerar que, de acordo com a legislação do dispositivo, “agente social” se caracteriza como um profissional que desempenha funções no intuito de garantir a atenção e a proteção às pessoas em situa-

ção de risco pessoal e social, assim como de aproximar as equipes de Consultório na Rua dos valores, dos modos de vida e da cultura das pessoas em situação de rua. Assim, é essencial que o agente social trabalhe alinhado à lógica de referência-contrarreferência, à lógica de redução de danos e à habilidade/competência de promover intervenções criativas e inovadoras capazes de lidar com as diferentes demandas deste contexto. Ainda de acordo com a regulamentação do Consultório na Rua, a participação de todos os profissionais nas equipes incorre em educação permanente/formação continuada na lógica de redução de danos, e também em suporte nas demandas relacionadas às situações de inconstância proporcionadas pela situação de rua.

É também relevante salientar que todas as modalidades de equipes do Consultório na Rua poderão agregar equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como parceiras na complementação de suas ações. Em contrapartida, as equipes da Estratégia Saúde da Família que atendem pessoas em situação de rua poderão ter sua habilitação modificada para equipes de Consultório na Rua, desde que respeitem tanto os critérios de definição da clientela quanto os de composição profissional prevista para cada modalidade.

Acerca da caracterização e da implantação da estratégia nos territórios, os municípios e o Distrito Federal deverão seguir os processos descritos na Política Nacional de Atenção Básica para o credenciamento e o financiamento; sob este aspecto, o suporte necessário ao nascimento e ao exercício das funções das equipes de Consultório na Rua se constitui como uma ação coordenada e conjunta entre as esferas municipal e federal. Por sua vez, a quantidade de Consultórios na Rua presentes em cada município é definida de acordo com o parâmetro de que deve haver uma equipe para cada grupo de oitenta a cem pessoas em situação de rua. No caso de municípios com mais de trezentos mil habitantes, o cálculo tem como base os dados extraídos de pesquisas do Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e da Secretaria de Direitos Humanos; para os municípios com população entre cem mil e trezentos mil habitantes, o cálculo tem como base uma estimativa feita a partir dos dados extraídos das pesquisas acima citadas.

Papéis do Psicólogo no Consultório na Rua

É possível afirmar que o psicólogo é um dos membros de base do Consultório na Rua, haja vista a composição das categorias profissionais de todas as modalidades de equipes presente na portaria nº 1029/14. O destaque da Psicologia nesta política representa uma conquista considerável da área e um importante reconhecimento do escopo da profissão, que devem ser sustentados e defendidos pela atuação do psicólogo tanto junto ao público-alvo do serviço quanto em relação ao desenvolvimento e ao fortalecimento da estratégia em si.

A prática profissional no Consultório na Rua é complexa, envolvendo cenários diferenciados que exigem uma visão integrada da participação dos sujeitos que compõem as equipes e a população atendida, bem como as relações destes cenários com posicionamentos político-ideológicos no que tange à manutenção da política pública. Para melhor compreender a inserção do psicólogo no Consultório na Rua, podemos destrinchar suas intervenções em dois eixos principais: 1) sua atuação voltada para o atendimento das pessoas em situação de rua e sua postura dentro da equipe de que faz parte, e 2) seu papel na composição e na concretização da estratégia em si.

Papéis do psicólogo do Consultório na Rua *na própria rua e dentro da equipe*

O cotidiano do Consultório na Rua é muito versátil, já que o deslocamento até os locais em que há concentração de pessoas em situação de rua faz com que não se possa controlar nem planejar as condições das intervenções. Assim, o contexto e o público do Consultório na Rua são atípicos em relação ao normalmente encontrado nos ambientes de trabalho em Saúde, e isto traz dificuldades para os profissionais que o compõem: o fato de não haver um ambiente físico definido e uma certeza acerca de quantos encontros ocorrerão impõem uma série de dificuldades em geral, lembrando que boa parte dos procedimentos em Saúde implica, ou é pensada, desde a formação, de modo que haja domínio do cenário pelo profissional. O público que mora na rua também configura uma realidade de

invisibilidade social, representando, em outras palavras, um grupo cujas necessidades são alheias à sociedade em função de uma série de preconceitos e de estigmas. Logo, a maioria das pessoas, profissionais inclusos, não está acostumada a lidar com as especificidades e as subjetividades que se constituem a partir deste lugar, enfrentando demandas e desafios de ressignificação de afetos, de pensamentos/conhecimentos e de ações no que diz respeito ao reconhecimento das pessoas em situação de rua como sujeitos de direitos e à construção de vínculos de atenção e de cuidado.

Levando em consideração a Psicologia, a atuação com os sujeitos em situação de rua pode parecer, para alguns, muito distante do trabalho do psicólogo, especialmente devido à configuração histórica da área no Brasil como prática majoritariamente de cunho isolacionista e tradicionalista, realizada dentro de quatro paredes e sem pertencimento ou responsabilidade perante processos sociais, culturais, econômicos, políticos e ideológicos – chegando, inclusive, a se dizer “neutra” e a servir, leviana ou intencionalmente, como ferramenta de naturalização e de banalização de contextos macro (DIMENSTEIN, 2001; GONÇALVES, 2010). Porém, a caracterização de Psicologia(s) contrária(s) a esta prática, e voltada(s) para a reflexão e ação críticas acerca da(s) realidade(s) brasileira(s), possibilita refletir para além dos preconceitos e dos estigmas acerca das pessoas em situação de rua, permitindo a consciência de que são sujeitos dignos de respeito, e compreendendo o fato de viverem na rua como um dos vários elementos que não só constituem sua subjetividade, mas também revelam as dinâmicas sociais, culturais, econômicas, políticas e ideológicas de nossos tempos.

Desta forma, se torna palpável o entendimento de que as pessoas em situação de rua, em seus processos de desenvolvimento, se constituíram e ainda se constituem dentro das relações de que fazem parte, e podem, por conflitos atuais ou passados, estruturais ou conjunturais, passar por sofrimentos psicológicos de variados tipos e diversas ordens. Assim, cabe ao psicólogo, no contexto do Consultório na Rua, oferecer ativamente seu serviço à clientela a partir da perspectiva de que há necessidades e demandas destas pessoas que podem e devem ser trabalhadas a partir de seu *métier* teórico-metodológico por excelência – e não somente mediante pedidos de intervenção feitos por profissionais de outras categorias acerca de questões da clientela tidas como comprometedoras para o exercício de

suas intervenções. Ademais, e em consonância com esta postura, também cabe ao psicólogo imerso no Consultório na Rua o esforço perene de constituir com as pessoas em situação de rua vínculos capazes de trabalhar, nas condições que se apresentam, suas necessidades e suas demandas; vínculos estes que, por excelência, devem se configurar como aberturas para o inesperado, o surpreendente e o novo e, inclusive, para a consideração de que é necessário estruturar modos específicos de entendimento destas pessoas.

Em um encontro com um sujeito em situação de rua, o psicólogo deve se manter disponível para ouvir a pessoa e compreender suas experiências sem colocar barreiras apriorísticas ao contato, utilizando a interação em si mesma como veículo primordial por que se realiza a intervenção (ROGERS, 1995), especialmente em virtude da inconstância deste cenário: como a busca pela clientela é feita ativamente pelo psicólogo membro do Consultório na Rua, há de se considerar que a recepção das pessoas em situação de rua de uma aproximação e de uma abordagem acontecerá de acordo com os momentos que elas estiverem vivendo, de modo que o psicólogo deve estar disponível para a interação tal como ela ocorre. Isto significa aprender a lidar também com negativas e com rejeições por parte da clientela, e por tomar estas circunstâncias como oportunidades de tatear e de compreender o contexto para, então, formatar estratégias diferenciadas e específicas de apresentação e de vinculação.

Neste sentido, é importante para o psicólogo inserido no Consultório na Rua aprender a conectar as potencialidades de seu arcabouço teórico-metodológico às especificidades de cada cenário, aliando sua formação aos contornos e às possibilidades de cada situação. É preciso então repensar o formato dos atendimentos e criá-los a partir do que se verifica em cada panorama, já que existem matizes do estar em situação de rua que, embora se organizem como valores, modos de vida e culturas, se configuram como características singulares nas subjetividades individuais e também nas subjetividades grupais de pessoas em situação de rua que, por quaisquer motivos, passem a viver juntas. Desta maneira, é preciso que o psicólogo atuante no Consultório na Rua se mantenha reflexivo acerca de suas próprias concepções e de suas próprias atuações, no intuito de constituir intervenções que, ao mesmo tempo, considerem as particularidades da situação de rua sem, contudo, reduzir os sujeitos presentes neste contexto,

bem como suas vinculações, ao simplista e invisibilizante rótulo de “população em situação de rua”.

Tendo isto em vista, os delineamentos e os recursos do atendimento individual e também do atendimento grupal no exercício profissional do psicólogo presente no Consultório na Rua devem ser diferenciados no que tange à prática usualmente efetivada pela Psicologia. Neste cenário, o atendimento individual deve se configurar propriamente na interação entre o psicólogo e o sujeito em situação de rua no ato do deslocamento do psicólogo até o território, sendo necessário, assim, que se opere uma atenção e um cuidado constituídos como um acolhimento radical das diferenças do sujeito, inclusive em termos de seu pertencimento à rua – que se oferece como um espaço subjetivamente vivenciado e valorado – e de seu não-pertencimento às vias institucionalizadas de acesso à Saúde e também a outros direitos (LEMKE; SILVA, 2011). Por sua vez, o atendimento grupal deve se desenvolver mediante a demanda – construída junto às pessoas em situação de rua – de trocas para elaborações conjuntas e de resoluções necessárias para os devires dos sujeitos envolvidos. Assim, estas ações devem corresponder ao que é vivenciado e compartilhado pelos sujeitos que vislumbram sentido nesta proposta, devendo ser evitados programas rígidos pré-moldados, visto que cada grupo é um organismo vivo com sua própria dinâmica única (ROGERS, 1973).

Levando tudo isto em consideração, é fundamental ressaltar que é parte essencial da atuação do psicólogo inserido no Consultório na Rua o fomento, nos atendimentos, do empoderamento, da autonomia e da responsabilidade das pessoas em situação de rua no que tange à construção de sua própria cidadania: afinal, o reconhecimento destes sujeitos como detentores de direitos por parte do psicólogo incorre necessariamente em tecer nas interações com eles este senso, bem como as variadas possibilidades de exercitá-lo pragmaticamente em seus cotidianos. Esta atribuição do trabalho do psicólogo se mostra primordial para a construção, na rede de Saúde, das relações de referência-contrarreferência, em virtude da importância da autoafirmação das pessoas em situação de rua tanto para o manejo de seu autocuidado quanto para a reivindicação de acompanhamento adequado em seus trânsitos pelas Unidades Básicas de Saúde, pelos CAPS e pelos hospitais gerais – infelizmente, em função dos preconceitos e dos estigmas vigentes em nossa sociedade, esses sujeitos ainda são fortemente rechaçados nestes espaços

pelos próprios trabalhadores de Saúde, passando a conceber as intervenções que deveriam ser-lhes asseguradas por direito como atos de benevolência isolada quando elas se tornam concretas.

Pensando nesta faceta da atuação do psicólogo – a construção da cidadania por meio do vínculo voltado à consideração da subjetividade –, é possível pensar outra modalidade para os atendimentos grupais além da acima destacada, cujo cunho é fundamentalmente vivencial: a formação de grupos voltados à lida com temáticas concernentes à saúde das pessoas em situação de rua, cujo cunho seria ainda vivencial, mas abarcaria também a disponibilização de informações e a psicoeducação em saúde como eixos primordiais e como ferramentas para a prevenção e a promoção em Saúde. O Manual sobre o Cuidado à Saúde junto à População em Situação de Rua (BRASIL, 2012) indicou tuberculose, uso de álcool e outras drogas, sexualidade e gravidez de risco como elementos ligados à saúde estatisticamente significativos para este público¹. É pertinente ressaltar que esta modalidade de intervenção também deve respeitar o processo de construção de sua demanda junto aos sujeitos a que se oferece, inclusive atentando para as singularidades das pessoas que se organizam como grupos.

Nesta perspectiva, ao se considerar as necessidades das pessoas em situação de rua enquanto comunidade(s), e não apenas enquanto sujeitos isolados, emergem aspectos que podem ser trabalhados sob a ótica e os métodos da Psicologia Comunitária, que visa à construção de sentidos a partir da percepção da dinâmica comunitária por seus membros, a fim de promover autonomia de atores sociais que reverberem elaborações éticas, políticas e sociais do grupo (GÓIS, 1994; apud XIMENES, 2009). O psicólogo imerso no Consultório na Rua pode colaborar, a partir desta prerrogativa de fomentar o fluir da conscientização comunitária, como mediador de sujeitos e como facilitador de sentidos, buscando fazê-lo não como um agente externo que instrui os saberes, mas como colaborador de igual importância a todos os membros da comunidade. Nesta forma de fazer Psicologia, é crucial buscar a multidisciplinaridade, havendo o incentivo e

¹ Recomendamos a leitura do capítulo sobre uso de álcool e outras drogas, e também do capítulo sobre HIV/AIDS da presente obra para complementar a reflexão acerca destes temas.

a necessidade da participação dos demais profissionais da equipe do Consultório na Rua e mesmo de equipes de outros serviços que atuem junto a pessoas em situação de rua, como, por exemplo, das Unidades Básicas de Saúde, dos CAPS, dos hospitais gerais e dos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CRAS).

Aproveitando este gancho, é fundamental explicitar que, no que diz respeito aos papéis do psicólogo atuante no Consultório na Rua nas relações dentro da equipe à que pertence, tendo como foco a prática de ponta do serviço, é fundamental para o desenvolvimento do trabalho a disponibilidade do psicólogo para atuar de modo multidisciplinar. O diálogo com saberes de outras áreas da Saúde deve ser contínuo, e deve haver interesse do psicólogo em promover a máxima compreensão dentre todos os profissionais da equipe. Neste sentido, é pertinente evitar jargões e rebuscamentos desnecessários, pois estes são fatores que dificultam a comunicação e impedem que ela se torne efetivamente inteligível para quem participa do diálogo (BOTEGA, 2006): desta forma, cabe ao psicólogo que está no Consultório na Rua apresentar suas concepções e suas ações aos demais membros da equipe de maneiras que possam ser acessíveis para eles, entendendo esta postura como uma demonstração de disponibilidade para a discussão e a intervenção conjunta.

Uma boa interlocução na equipe de Consultório na Rua contribui para a concretização da integralidade no acompanhamento dos usuários do serviço, como preconizado pelo Sistema Único de Saúde. Ademais, a comunicação eficaz entre profissionais favorece um bom ambiente de trabalho e facilita o desempenho da equipe, sobretudo se ultrapassar conteúdos unicamente técnicos e se permitir a criação de vínculos e de um sentimento de pertencimento e de confiança entre os trabalhadores (ALBUQUERQUE; PUENTE-PALÁCIOS, 2004). Assim, o cultivo de relações significativas entre os membros da equipe do Consultório na Rua é interessante também para a saúde dos próprios profissionais, especialmente se levados em consideração os desafios colocados pela atuação junto às pessoas em situação de rua: poder contar com os demais membros da própria equipe para superá-los em conjunto pode inclusive reduzir as chances de adoecimento mental, como, por exemplo, crises de burnout (LEITER, 1988).

O psicólogo da equipe de Consultório na Rua pode contribuir para o fortalecimento do grupo em diversos aspectos por meio de um sistema de

análise das estratégias utilizadas pelos profissionais como time no exercício de suas atribuições. Um possível modo de promover este processo é por meio de um sistema como a Matriz FOFA, que corresponde a um acrônimo para Fortalezas, Oportunidades, Fraquezas e Ameaças, também conhecido pela sua sigla em inglês SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats*). Este sistema visa à percepção de capacidades e de potencialidades, levando em conta tanto fortalezas e fraquezas (considerados elementos internos) quanto ameaças e oportunidades (elementos externos) e, assim, avaliando dinâmicas, vulnerabilidades identificadas, possibilidades de mudança, etc., permitindo um diagnóstico da funcionalidade da equipe (VAN WIJNGAARDEN et al., 2012). A partir disto, os próprios membros do grupo podem elaborar propostas de intervenções – que devem ser posteriormente avaliadas a partir de critérios e indicadores previamente pactuados pela equipe.

Um exemplo prático de uma análise deste tipo seria, em uma reunião, perceber e visibilizar um sofrimento compartilhado pela equipe relativo às dificuldades de lidar com as pessoas em situação de rua, devido ao fato de este ser um público diferente daquele para que os profissionais foram formados. Analisando a situação em grupo, os membros percebem que suas fraquezas são a insegurança da equipe, a sensação de impotência e uma formação profissional com lacunas. Já suas fortalezas são a confiança no grupo, e a disposição/o engajamento para aprimorar sua prática. Quanto a questões externas, a ameaça é relativa à falta de apoio na rede de Saúde e à escassez de recursos materiais. Por outro lado, a oportunidade é a possibilidade de solicitar cursos de formação continuada para a Secretaria de Saúde, bem como o apoio da comunidade local ao serviço. A partir desta análise, faz-se um plano de execução para lidar com os problemas. No que tange às ações externas, os profissionais pediriam, por exemplo, a concretização de uma formação continuada para as equipes de Consultório na Rua de seu território, e tentariam realizar reuniões com profissionais das Unidades Básicas de Saúde locais a fim de fazer contatos e fortalecer o vínculo da equipe com a rede de Saúde. Internamente, poderiam realizar grupos de encontro para trocar experiências e convidar, se houver outra(s) equipe(s) de Consultório na Rua no território, pessoas de outros grupos para contribuir. Após dois meses, por exemplo, poderiam avaliar a efetividade das ações, e se decidir pela manutenção ou pela alteração das estratégias adotadas.

O sistema de análise FOFA é apenas uma das diversas formas de pensar criticamente as equipes de Consultório na Rua, e pode ser usado também para deliberar acerca de outras questões, como, por exemplo, para trabalhar com as pessoas em situação de rua suas percepções acerca dos atendimentos feitos e seus posicionamentos a este respeito, trazendo-as para dentro do debate, conforme preconizado pela Política Nacional de Humanização (PNH) na pactuação das ações entre gestores, trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde. Entretanto, se utilizado para monitoramento e avaliação de dinâmicas de equipes de Consultório na Rua, é crucial que o sistema de análise FOFA seja realizado por todos os membros, e em conjunto. Ainda que surja como uma proposição do psicólogo, não se deve pensar que a efetivação de um sistema desta ordem deva ser feita somente por este profissional como uma avaliação isolada dos demais trabalhadores do grupo: esta atitude, que sequer procede, poderia gerar mais desentendimentos do que soluções, pois é importante ter em mente que uma eventual sensibilidade para avaliar criticamente conflitos, desenvolvida por uma formação em Psicologia, está longe de equivaler a uma capacidade de liderar, ou mesmo de conseguir resolver conflitos independentemente, se o próprio psicólogo está envolvido na situação. Neste sentido, um sistema de análise como o FOFA se oferece como uma contribuição do psicólogo à equipe enquanto ator ativo e participativo dos processos que a compõem, devendo ser compartilhada e elaborada por todos os seus membros, promovendo a cogestão e a corresponsabilidade, pontos também defendidos pela Política Nacional de Humanização e, evidentemente, pelo Sistema Único de Saúde, no que diz respeito à construção coletiva das relações dos espaços de Saúde.

Papéis do psicólogo no desenvolvimento e no fortalecimento da política pública Consultório na Rua

Historicamente, a aproximação da Psicologia com as políticas públicas em Saúde é recente, e devido a diversos fatores. A própria Psicologia é jovem no Brasil, tendo começado a se organizar como campo teórico-metodológico com mais consistência apenas a partir da segunda metade do século passado, e tendo passado a se ocupar de reflexões e ações críticas no que tange aos contextos macro – e, assim, no que diz respeito a possí-

veis intervenções/contribuições na estruturação da Saúde Pública no País – apenas a partir dos movimentos de contracultura originados nos anos 1960 e 70 (SCOREL; TEIXEIRA, 2013). Neste sentido, a construção de Psicologia(s) voltada(s) à valorização da subjetividade, do vínculo, da autonomia, do empoderamento e da corresponsabilidade em uma atuação comprometida com a constituição da esfera pública, pautada em uma práxis que é uma ética ela mesma, delinea-se no mesmo período histórico em que se organizou a luta pelo Sistema Único de Saúde, movimento militante que culminou na concretização deste sistema conforme definido na Constituição Cidadã de 1988 (GONÇALVES, 2010). Assim, o adentramento das políticas públicas em Saúde pela Psicologia tem se realizado em diferentes níveis e de diferentes formas. As contribuições da Psicologia para a constituição de estratégias de enfrentamento do HIV/Aids, por exemplo, foram notórias para que se atingisse o grau de elaboração e os resultados que são hoje observados neste âmbito, e serviram como pontapés iniciais para a categoria se ambientar e se constituir nos espaços de Saúde, de modo que, cada vez mais, não só profissionais de Psicologia fazem parte da gestão e da atuação em ponta em Saúde, mas também se organizam como coletividade para legitimar seus lugares e seus pertencimentos a esta esfera.

Levando isto em consideração, no que diz respeito aos papéis do psicólogo no desenvolvimento e no fortalecimento da política pública Consultório na Rua, é crucial, em primeiro lugar, que o profissional psicólogo conheça as relações históricas entre a Psicologia e as Políticas Públicas em Saúde no intuito de se aproximar criticamente deste percurso, e de realizar reflexões e posturas conscientes acerca de sua própria participação nesta trajetória. Esta é uma prerrogativa fundamental para que se possa desenvolver mais fortemente, em termos de estratégias e de ações, interesse no Consultório na Rua e nas Políticas Públicas em Saúde como um todo, visto que estes são espaços em que a Psicologia pode e deve contribuir para efetivamente concretizar a responsabilidade cidadã que defende como sendo um dos principais mobilizadores do exercício da profissão no contexto brasileiro. Esta construção é essencial também para que a própria Psicologia possa se redefinir e se atualizar, se apresentando como corpo teórico-metodológico contributivo para a lida com as demandas complexas, holísticas e multifacetadas que a contemporaneidade impõe para nossa sociedade como um todo em relação à Saúde Pública no País – principalmente em função do fato de que o cumprimento

adequado dos princípios do Sistema Único de Saúde coloca a urgência de que a Psicologia tenha seus lugares de inserção criados e compreendidos a partir dos próprios processos de delineamento, de monitoramento e de avaliação das Políticas Públicas em Saúde.

Para tanto, é preciso que sejam desenvolvidos métodos de apresentação e de apropriação da política pública Consultório na Rua, e desde dentro de articulações políticas dos próprios psicólogos: assim, é importante que os eixos gestão, atuação em ponta, organização da categoria enquanto grupo agente/participativo e formação sejam trabalhados em suas particularidades e em suas interpenetrações, compondo uma teia coesa de suporte à atuação na estratégia. Neste sentido, é papel dos psicólogos, no que tange ao desenvolvimento e ao fortalecimento do Consultório na Rua enquanto política pública, se estruturar e se comunicar enquanto grupo direcionado a esta finalidade, visto que a transversalidade entre os domínios citados demanda a busca dos profissionais uns pelos outros e o reconhecimento de com que pessoas e com que espaços é possível trabalhar. A identificação e o mapeamento desta rede, em suas diferentes amplitudes – municipal, estadual, regional, nacional –, se constituem como passos iniciais na elaboração de metas para que a Psicologia se torne efetivamente mais presente e mais expressiva nesta política pública.

Pensado este panorama mais amplo, é preciso também discutir os papéis do psicólogo no que diz respeito a alguns pontos característicos da atual composição do Consultório na Rua enquanto estratégia. A inserção da Psicologia neste cenário tem a ver com o próprio processo histórico de formação do serviço; afinal, ele surgiu em Salvador, ainda como Consultório de Rua, tendo sido alocado no Sistema Único de Saúde, em um primeiro momento, dentro da Saúde Mental, e especialmente pela ênfase feita à lida com o uso de álcool e outras drogas em suas atividades. De fato, a preocupação com a Saúde Mental, e com o uso de álcool e outras drogas, é válida e deve existir nas atribuições da Psicologia no Consultório na Rua. Todavia, é relevante ressaltar a importância de o psicólogo manter um olhar integral para os sujeitos nas maneiras de tratar o delineamento e a implantação da própria política pública, visto que, nas inter-relações entre gestão, atuação em ponta, organização da categoria enquanto grupo agente/participativo e formação, a adoção de posturas políticas de visibilização e cultivo deste paradigma é fundamental para que preconceitos, estigmas e

manobras midiáticas/governamentais não eclipsam o real propósito maior do Consultório na Rua, que é o de se constituir como via de acesso à atenção e ao cuidado em Saúde para pessoas em situações de rua, e não o de servir de instrumento de controle de uso de álcool e outras drogas, ou de intervenção mandatória em Saúde Mental.

Um exemplo da relevância desta coerência se expressa na observação de que, no Portal Brasil, plataforma oficial do Governo Federal, o *site* oficial sobre o Consultório na Rua está contido em uma página do programa “Crack, É Possível Vencer”, que envolve a ação conjunta de diferentes serviços (sendo o Consultório na Rua a estratégia representante da Atenção Básica) no combate ao crack, com grande destaque na mídia devido à atual situação das ‘cracolândias’ no País (Observatório “Crack, É Possível Vencer”, Consultório na Rua, <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/consultorio-na-rua.html>, acessado em 23/06/2014). Neste sentido, é visível o foco dado por uma movimentação governamental a certos aspectos da política pública Consultório na Rua, motivo pelo qual se tornam papéis do psicólogo envolvido neste cenário a consciência das nuances colocadas por estas tensões, e o discernimento sobre como lidar com elas sem se desviar das prerrogativas, dos métodos e dos objetivos da política pública em si – que valorizam intervenções territorializadas, humanizadas e integradoras das subjetividades das pessoas em situação de rua no âmbito da Saúde Pública.

Assim, não se deve perder de vista que, embora alguns setores da sociedade possam esperar e exigir intervenções a fim de acabar com as ‘cracolândias’ – e, por extensão, com todos que ocupam estes lugares –, o foco da Psicologia por excelência (na gestão, na atuação em ponta, na organização da categoria enquanto grupo agente/participativo, na formação), ao adentrar o Consultório na Rua, é a promoção da dignidade humana e do direito à saúde a partir das contribuições que seu corpo teórico-metodológico lhe permite fazer, envolvendo manejos que contemplem as integralidades das pessoas em situação de rua, e não apenas o uso de álcool e outras drogas, ou condições circunscritas à Saúde Mental. Isto é real e vigente para todas as profissões que compõem o Consultório na Rua, mas se torna extremamente delicado e contundente para o psicólogo por conta das funções coercitivas, moralizantes e normalizadoras que tantas vezes, por suas raízes históricas e suas ações irrefletidas, a Psicologia cumpriu (FOUCAULT, 2000, 2001).

Sob esta perspectiva, é fundamental que o psicólogo envolvido no de-

envolvimento e no fortalecimento da política pública Consultório na Rua possa se relacionar criticamente também com alguns entraves colocados pelo próprio Sistema Único de Saúde e pela própria legislação – entraves estes que acabam por se constituir também como incongruências político-ideológicas – no que diz respeito à execução das atividades da estratégia. Uma destas dificuldades é a exigência de critérios, para trânsito pela rede de Saúde, que nem sempre são facilmente atendidos pelas pessoas em situação de rua, como, por exemplo, a apresentação de RG, de CPF e de comprovante de residência para cadastro nos serviços. Sendo uma das principais atribuições do Consultório na Rua tornar-se porta de entrada para o acompanhamento desta população no Sistema Único de Saúde, sendo necessário que o psicólogo, ao atuar como agente na construção e na mediação da referência-contrarreferência, se mantenha atento aos impactos promovidos por estas dificuldades nas subjetividades das pessoas atendidas, e também na formação dos vínculos entre os usuários da estratégia e os profissionais de Saúde dos espaços procurados para o devido encaminhamento da atenção e do cuidado. O reflexo disto para o psicólogo envolvido no desenvolvimento e no fortalecimento da estratégia consiste em trazer esta percepção para dentro da discussão e da delimitação da política pública em si, problematizando estas exigências não só a partir de seu cotidiano de lida com a clientela, mas inclusive nos próprios contornos do Sistema Único de Saúde – ferido em suas proposições de Universalidade, Equidade e Integralidade ao fechar as portas para pessoas cujos motivos para a falta de posse de documentação muitas vezes estão relacionados a mazelas sociais, culturais, econômicas e políticas. Sem dúvidas, uma parceria indispensável para este trabalho é o Serviço Social, especialmente pelo caráter multidisciplinar demandado pela rede de Saúde.

Outra dificuldade desta ordem é em relação às crianças e aos adolescentes. Se, por um lado, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) defende a proteção integral dos menores, o que muitas vezes tem a ver com retirá-los da rua, por outro, há famílias e pessoas que se constituem subjetivamente ligadas às dinâmicas de viver na rua, inclusive fazendo a opção de permanecer nesta situação em detrimento de outras que se apresentem como viáveis – em algumas circunstâncias, justamente em função de a rua se apresentar como uma alternativa melhor, em suas vivências, a outras que surjam. Neste ponto, é preciso promover uma reflexão e um suporte,

a partir da presença do psicólogo na composição da política pública, no que diz respeito à necessidade de compreender os sujeitos em seus próprios processos como pressuposto para a atenção e o cuidado mediante as possibilidades de os profissionais se depararem com cenários conflituosos, inclusive porque aqueles que atuam na ponta se tornam responsáveis pela denúncia de crianças e de adolescentes em situação de rua junto às autoridades. De acordo com a própria legislação:

Isto não significa, no entanto, que o encaminhamento da criança ou adolescente a seus pais ou responsável (notadamente quando constatado que este se encontra numa situação ‘de rua’ ou tenha fugido de casa, por exemplo) deva ocorrer de forma ‘automática’ e/ou sem maiores cautelas. Como nos demais casos, antes da aplicação desta medida é necessário submeter a criança ou o adolescente atendidos a uma avaliação interprofissional, de modo a descobrir o porquê da situação, que pode ter se originado por grave omissão ou abuso dos pais ou responsável e determinar alguma intervenção (ainda que a título de mera orientação) junto a estes. Deve a medida, enfim, estar amparada por um verdadeiro programa de atendimento, que contemple inclusive previsão de recursos para eventual deslocamento dos pais ou responsável pela criança ou adolescente até o local em que esta se encontre, de modo que aqueles mesmos a tragam de volta a seu local de origem, quando se constatar que esta providência é viável, sem a necessidade de deslocamento de técnicos da área social para promover o recâmbio (o que por sinal encontra respaldo no disposto no art. 100, par. único, inciso IX, do ECA). (DIGIÁCOMO; DIGIÁCOMO, 2013, p. 146)

Neste contexto, também se torna papel do psicólogo, no que tange ao desenvolvimento e ao fortalecimento da estratégia Consultório na Rua, sensibilizar as relações cultivadas nos espaços de gestão, de atuação, de identidade profissional coletiva e de formação em Saúde para a realidade acima descrita, e especialmente em virtude do seu olhar e da sua práxis para a compreensão de subjetividades e para a construção de vínculos ressignificadores de sentidos, de afetos e de posicionamentos. Cabe considerar que o psicólogo dispõe tanto de ferramentas oriundas de seu próprio campo – como, por exemplo, sistemas de análise no estilo do FOFA – quanto de dispositivos colocados pela própria Saúde Pública – como, por exemplo, dispositivos da Política Nacional de Humanização – para atingir este intento; desta forma,

é possível considerar também como papel do psicólogo na política pública Consultório na Rua a constituição de alianças de trabalho entre variadas instâncias, abrindo novos lugares de inserção e reconstruindo métodos nos lugares já existentes, inclusive junto ao Ministério da Saúde e às Secretarias de Saúde. No cenário atual da Saúde Pública no País, composto de trabalhos pouco articulados entre si, e perpassado pelo sofrimento de trabalhadores e de gestores e pela pouca resolutividade de ações, esta articulação se apresenta como uma via para a construção de intervenções intersetoriais e interinstitucionais, institucionalizadas e duradouras (SANTANA, 2014).

Ressalta-se, portanto, que a interação e a colaboração com outras áreas de conhecimento e com outros pertencimentos de saberes é essencial, incontornável e deve ser sempre fomentada em todos os âmbitos – gestão, atuação, organização profissional coletiva e formação. A facilitação e a valorização deste diálogo podem e devem ser viabilizadas na esfera da formação em todas as profissões da Saúde, uma vez que o contato, ainda na graduação, com diferentes cursos e profissões, tanto nas salas de aula quanto em estágios e em projetos de extensão e de pesquisa, é basilar para que sejam desenvolvidas: a) uma apropriação do próprio papel na trajetória e nos espaços de Saúde – conforme discutido no início desta seção no que concerne ao psicólogo; b) uma construção identitária subjetiva e profissional conscientemente alinhada com as propostas e os métodos do Sistema Único de Saúde, e c) uma rede de suporte entre profissionais que se apoiem mutuamente e que se organizem, em quesitos políticos e ideológicos, para a pactuação e para a troca na composição das políticas públicas em Saúde.

Afunilando esta discussão para a formação em Psicologia e para a lida, a partir do *métier* deste campo, com as pessoas em situação de rua no contexto da Atenção Básica – conforme preconizado pela estratégia Consultório na Rua –, este debate se torna extremamente importante. Os papéis caracterizados ao longo deste texto como cabíveis ao psicólogo imerso neste contexto exigem que: a) a Psicologia seja problematizada e discutida, pelo profissional, em sua história, em sua epistemologia e em seus métodos, b) questões de Direitos Humanos e de Cidadania sejam enfocadas enquanto construção relacional em todos os espaços humanos, e especificamente, no caso, no reconhecimento das pessoas em situação de rua como sujeitos de direitos e como cidadãs, c) haja contato com o Sistema Único de Saúde nas salas de aula, nos estágios e nos projetos de extensão e de pesquisa e, parti-

cularmente, que ele seja tratado em sua totalidade e em sua pluralidade de lugares para o psicólogo, com discussões e práticas, claro, vinculadas também à Saúde Mental, mas não restritas exclusivamente a ela, e d) se trabalhe em equipe, justificando e explicando seus princípios e suas ações, e construindo, assim, redes de atuação conjunta e também de articulação política.

Desta forma, para viabilizar concepções e atuações afinadas com a atualidade do cenário brasileiro no que tange ao Consultório na Rua, é essencial que esta série de atribuições se torne componente por excelência da formação em Psicologia, e que este movimento seja compreendido como fundamental para a implementação cada vez mais adequada e efetiva do Sistema Único de Saúde, visto que uma formação com lacunas no que tange à contemplação das demandas impostas pelo trabalho nesta esfera é uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos profissionais da Psicologia – e também de outras áreas da Saúde. Em função da dedicação do psicólogo à compreensão de subjetividades e à construção de vínculos, o vazio teórico-metodológico concernente ao não-tratamento destas questões na formação se torna ainda mais agravado na inserção no Consultório na Rua, tendo em vista as atividades já discutidas neste capítulo como competências do psicólogo neste panorama.

Neste sentido, é relevante ressaltar que não basta, também, apenas promover uma inserção precoce dos alunos de Psicologia no campo da Saúde Pública. É essencial que existam docentes qualificados para prover aos estudantes bases contextualizadas em relação tanto ao significado do Sistema Único de Saúde para o País quanto acerca da trajetória da Psicologia na Saúde Pública em diferentes esferas (SOUSA; CURY, 2009). Concomitantemente a isto, é preciso construir relações de aprendizagem humanizadas e humanizadoras: permitir que as pessoas se façam a si mesmas subjetivamente e profissionalmente nas interações com professores, com colegas, com outras pessoas que venham a atender e a trabalhar com ao se inserirem na rede de Saúde, e na lida com o que processualmente se configure como o descobrir, o surpreender-se, o criar perante o novo, é que se viabiliza a possibilidade de alicerçar posturas e intervenções afinadas com os contextos adentrados (ROGERS, 1977), compreendendo que, para uma formação consistente e de qualidade, é decisivo que sejam contempladas não apenas as expansões de conhecimentos formais, mas o todo das experiências formativas dos futuros profissionais de Psicologia dentro do Sistema Único de Saúde.

Referências

- ALBUQUERQUE, F.; PUENTE-PALÁCIOS, K. Grupos e equipes e trabalho nas organizações. In: Zanelli, J. et al. (Orgs.). **Psicologia, organização e trabalho no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- BOTEGA, N. **Prática psiquiátrica no hospital geral** (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed, 2006.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação Nacional de Saúde Mental. **Consultórios de rua do SUS**. Material de trabalho para a II Oficina Nacional de Consultórios de Rua do SUS. Brasília: Ministério da Saúde/EPJN-FIOCRUZ, setembro 2010. 48 p.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual sobre o cuidado à saúde junto a população em situação de rua**. Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_cuidado_populacao_ua.pdf. Acesso em: 12/11/2015.
- COSTA, E. M. A. Sistema único de saúde. In: Costa, E. M. A.; Carbone, M. H. (Orgs.). **Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar** (2ª ed.). Rio de Janeiro: Rubio, 2009.
- DIGIÁCOMO, M. J.; DIGIÁCOMO, I. A. **Estatuto da criança e do adolescente anotado e interpretado**. Curitiba: Ministério Público do Estado do Paraná / Centro de Apoio Operacional das Promotorias da Criança e do Adolescente, 2013.
- DIMENSTEIN, M. O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva. **Psicologia em Estudo**, v. 6, n. 2, p. 57-63, 2001.
- SCOREL, S.; TEIXEIRA, L. A. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimento pluralista. In: Giovanella, L. et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013.
- FOUCAULT, M. **Doença mental e psicologia**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2000.
- FOUCAULT, M. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- GONÇALVES, M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez Editora, 2010.
- LEITER, M. P. Burnout as a function of communication patterns: a study of a multidisciplinary mental health team. **Group & Organization Management**, v. 13, n. 1, p. 111-128, 1988.
- LEMKE, R. A.; SILVA, R. A. N. D. (2011). Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 979-1004, 2011.
- Nery Filho, A., Valério, A., & Monteiro, L. Olhares cruzados: a invisibilidade e o olhar do consultório de rua. In Guia do projeto consultório de rua. Brasília: SENAD; Salvador: CETAD. 2011. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Publicacoes/cartilhas/329225.pdf>.
- Observatório “Crack, É Possível Vencer”, Consultório na Rua, <http://www.brasil.gov.br/observatoriocrack/cuidado/consultorio-na-rua.html>, acessado em 23/06/2014.
- Portaria nº 1029, de 20 de maio de 2014, Diário Oficial da União Seção 1, Nº 95, de 21/05/2014. Brasília: Imprensa Nacional, p.55.

Portaria nº 1190, de 4 de junho de 2009, Diário Oficial da União Seção 1, Nº 106, de 05/06/2009. Brasília: Imprensa Nacional, p. 128.

Portaria nº 122, de 25 de janeiro de 2012, Diário Oficial da União Seção 1, Nº 19, de 21/01/2012. Brasília: Imprensa Nacional, p. 46.

Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, Diário Oficial da União Seção 1, Nº 204, de 24/10/2012. Brasília: Imprensa Nacional, p. 48.

Rogers, C. Liberdade para aprender. Belo Horizonte: Interlivros. 1977.

_____. Proença, J. (Trad). O processo de um grupo de encontro. In Grupos de Encontro (5ª ed.). São Paulo: Martins Fontes. 1987.

_____. On becoming a person: a therapist's view of psychotherapy. Boston: HoughtonMifflin. 1995.

Santana, C. Consultórios de rua ou na rua?: reflexões sobre políticas de abordagem à saúde da população de rua. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, 30(8):1798-1800. Ano: 2014.

Sousa, V., & Cury, V. Psicologia e atenção básica: vivências de estagiários na Estratégia de Saúde da Família. Ciência & Saúde Coletiva, 14(Supl. 1), 1429-1438. Ano: 2009. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a16v14s1>.

Van Wijngaarden, J. D. H., Scholten, G. R. M., & Van Wijk, K. P. Strategic analysis for health care organizations: the suitability of the SWOT-analysis. In J. Health Plann. Mgmt., 27: 34-49. Ano: 2012. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hpm.1032/full>.

Ximenes, V., Paula, L., & Barros, J. Psicologia comunitária e política de assistência social: diálogos sobre atuações em comunidades. Psicologia Ciência e Profissão, 29(4), 686-699. Ano: 2009. Disponível em: <v29n4a04.pdf>.

10. EXPERIÊNCIAS DE ARTICULAÇÃO ENTRE A SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO BÁSICA EM UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Filipe Braga

Este texto visa a discutir a proximidade entre a Saúde Mental e a Atenção Básica, retomando as dimensões teóricas e clínicas que integram estas áreas de atenção em Saúde. Baseio a reflexão em um relato de experiência de práticas clínicas realizadas em um Centro de Atenção Psicossocial - CAPS II do Distrito Federal. Posteriormente, apontarei as dimensões do acesso e acompanhamento como indicadores da integração entre os recursos da rede de Saúde. Por último, levanto alguns questionamentos acerca dos desafios atuais do SUS na integração entre Atenção Básica e Saúde Mental.

Interfaces entre a Saúde Mental e a Atenção Básica

A Saúde Mental e a Atenção Básica têm fundamentos teórico-clínicos semelhantes, já que ambas operam regidas por uma lógica territorial, orientadas pela noção de *clínica ampliada* (CAMPOS, 2003). Cabe destacarmos a diferenciação entre a lógica regionalizada e a lógica territorializada. A primeira refere-se a uma divisão da atenção em Saúde por regiões, porém não necessariamente implica em considerar uma atenção à saúde focada no território existencial e cultural dos usuários do sistema de Saúde. Já a lógica territorial perpassa uma atenção ao território a que os usuários pertencem subjetivamente, na integração entre suas experiências singulares e coletivas. Assim, mesmo usuários em regiões diferentes podem ter pertencimento e enraizamento a territórios comuns, do mesmo modo que sujeitos que residem em uma mesma região podem habitar múltiplos territórios em que é produzida sua saúde.

Portanto, a Saúde Mental e a Atenção Básica exigem uma atuação profissional regida pela complexidade das situações cotidianas – e não necessariamente especializada –, assim como a compreensão de como cada usuário significa e vivencia existencialmente seu processo de saúde e sua relação com os serviços de Saúde. Podemos tomar como exemplo a situação dos moradores de rua, que têm um pertencimento territorial não-linear e sem um endereço fixo, porém habitam afetivamente algum espaço social específico, mesmo que seja de forma nômade.

No presente momento, utilizarei uma passagem clínica, sistematizada em estudo anterior (BRAGA, 2012), para ilustrar o redirecionamento da atenção à Saúde pela questão da territorialização. Realizei pesquisa com o estudo de narrativa de uma usuária de serviço em sofrimento psíquico grave, atendida em um CAPS II. Durante a análise da narrativa, os sintomas apresentados pela usuária faziam referência à sua vivência subjetiva contextualizada em aspectos históricos de seu pertencimento ao local de moradia. As crises desta pessoa aconteciam quando ela andava de ônibus, ou ia para locais que não estivessem em seu cotidiano, especialmente em sua dificuldade de sair de sua cidade. Estas crises se reportavam a vivências de pânico que lhe colocavam frente ao risco de cair em estado de não-integração e perder o senso do real.

Na pesquisa realizada, as crises desta pessoa tinham relação com ela ter sido expulsa de seu local de moradia de forma violenta, devido a ações policiais que a desalojaram do assentamento urbano em que vivia. Deste modo, foi por meio de dispositivo clínico contextualizado em aspectos de sua história de vida e de suas experiências culturais que a paciente pôde ressignificar seu processo de pertencimento ao espaço social, bem como voltar a buscar atividades que lhe trouxessem prazer em seu cotidiano, mediada por recursos da cultura popular, como um grupo de tambores.

Cabe também contextualizar o modo como cada território situa os quadros de transtorno mental. Esta mesma usuária se apresentava como “doente crônica” nos serviços de Saúde em que era atendida, enquanto exercia papel de cuidadora no terreiro de Umbanda que frequentava. Portanto, a atenção em Saúde Mental necessita ser contextualizada no território existencial e cultural dos sujeitos em *sofrimento*

*psíquico grave*¹, principalmente considerando as especificidades de experiências vividas na cultura popular, por usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) (COSTA; BRAGA, 2013). Neste sentido, é necessário cuidado com a aplicação de práticas de saúde apenas com mudanças técnicas e estratégicas a públicos que compartilhem diferentes sistemas simbólicos de ordenamento de realidade (ROPA; DUARTE, 1985).

Cabe destacar a importância do diálogo entre saberes científicos em relação à atenção em Saúde e às produções populares, abdicando da separação entre ciência e não-ciência no cuidado a modos de sofrimento psíquico grave. Isto não significa a renúncia a indicadores de atenção em Saúde que tenham confiabilidade e sejam legitimados pelos sujeitos que buscam ajuda, mas, pelo contrário, consiste em reconhecer as práticas populares que existem no cotidiano dos usuários do SUS. Tomando como exemplo, existem práticas integrativas e complementares aos atendimentos ofertados pelos serviços de saúde, como práticas de cuidado realizadas por “benzedeiros”, assim como a oferta de medicamentos caseiros por “farmácias populares”.

Esta perspectiva implica em uma postura de humildade e reconhecimento de não-acabamento existencial, permeando a abertura ao diálogo e à construção coletiva (FREIRE, 2005). Existem discussões em torno do reconhecimento dos produtores de cultura popular por parte SUS, assim como debates em torno das modalidades de diálogo entre as práticas científicas e as práticas populares (BRAGA, 2012; COSTA; BRAGA, 2013; VASCONCELOS, 2001), porém não me aprofundarei na temática neste relato.

Discutida a questão da territorialidade na Saúde Mental e na Atenção Básica, será retomada a questão da *clínica ampliada*. Nesta, a atuação profissional é baseada em espaços do território, para além do consultório e dos atendimentos individuais; portanto, é uma clínica descentrada do especia-

1 Utilizamos o termo “sofrimento psíquico grave” na tentativa de reposicionar a Clínica na Saúde Mental, à luz das vivências intensas de angústia. Nesta perspectiva, como sinaliza Costa (2010), a angústia surge como dimensão central, já que o indicativo “grave” refere-se à intensidade do sofrimento existencialmente e subjetivamente, e não enquanto conjunto de sinais e sintomas previamente definidos por cons-trutos fixos.

lismo “psi” (psiquiátrico ou psicológico). Antonio Lancetti (2008) propõe – como ferramenta à atenção psicossocial – a *clínica peripatética*, ou seja, baseada na noção socrática de aprender passeando, no ir e vir, conversando. Para o autor, na Reforma Psiquiátrica é construída uma *complexidade invertida*, diferentemente do critério de complexidade centrado no hospital – em que a atenção à saúde da família é colocada como básica, enquanto a atenção com aparato tecnológico especializado, subdividida em especialidades médicas, é considerada como complexa. Para Lancetti, o simples é o institucionalizado, de modo que a atenção psicossocial – ocorrendo no território geográfico e existencial – apresenta alta complexidade por ser realizada em ambiente permeado pela surpresa e pela inventividade.

Portanto, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dispositivos centrais na consolidação da Reforma Psiquiátrica, devem ser serviços de portas abertas e de fácil acesso, em constante comunicação com a Atenção Básica na busca da produção de saúde. Lancetti coloca esta como a perspectiva da “turbinção” destes serviços, em oposição à burocratização pela tentativa de autossuficiência e de fechamento em si mesmo deste serviço. A Clínica na Saúde Mental e na Atenção Básica propõe a substituição do “muro do manicômio” (LANCETTI, 2008), ou das portas e das fechaduras dos ambientes hospitalares, por uma relação permeada pelo corpo a corpo entre usuário e profissional. Deste modo, o termo “básico” sugerido por este nível de atenção refere-se a uma complexidade em que não é possível que o atendimento seja baseado apenas em protocolos e em procedimentos técnicos pautados pela neutralidade do profissional. Podemos tomar como exemplo a potência do trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), exatamente porque estes compartilham espaços de trocas sociais e simbólicas com os usuários, e, portanto, enfrentam a complexidade de produzir saúde no cotidiano dos usuários.

Para discutir a função da convivência como dispositivo clínico, será utilizada referência a projeto de extensão em Saúde Mental², em que é ex-

2 Refiro-me aqui ao projeto de extensão “ALOU:CURA do CONVIVER”, coordenado por mim e pelo professor Maurício Neubern do Departamento de Psicologia Clínica e Cultura da Universidade de Brasília. Neste projeto, desenvolvemos oficinas semanais de convivência com usuários de um CAPS II, de modo que é proposta a construção inter e transdisciplinar das atividades grupais, realizadas por estudan-

plorada a formação de estudantes de graduação por meio da convivência com usuários de um CAPS. Esta experiência ilustra o papel das Universidades Públicas enquanto locais de formação continuada que, pela via da extensão, também têm a função de auxiliar os serviços públicos de Saúde em seus desafios cotidianos. Como foi explorado em trabalho anterior (NEVES et al., 2009), acredito que a Universidade tem a função de se orientar por práticas de extensão para além do simples ato de “estender o conhecimento até a comunidade” (FREIRE, 2006), mas na co-construção de conhecimento com a sociedade, fundada em lógica dialógica e que vise incentivar o desenvolvimento comunitário.

No projeto de extensão citado anteriormente, é adotado referencial em que a Clínica acontece enquanto se está realizando atividades cotidianas, como comer uma tapioca com um usuário, visitando sua casa ou outro espaço comunitário. Muitas vezes é discutido na supervisão do projeto que “não se faz nada” nestes espaços, ou é questionado pelos alunos que a convivência é algo natural, e, portanto, não parece fazer sentido que esta seja um dispositivo dentro de um serviço de Saúde. Similarmente, na Atenção Básica encontramos a crítica de que a prática profissional não utiliza prescrições e trabalhos considerados “sérios”, já que há predomínio de recursos da clínica ampliada como visitas domiciliares, práticas integrativas e a convivência.

Na Saúde Mental, especialmente nos quadros de psicose, vemos que a principal tarefa da Clínica é propiciar o *agenciamento social* do sujeito em sofrimento psíquico grave (TENÓRIO, 2002). Deste modo, o dispositivo clínico consiste em “estar louco com os outros” (LANCETTI, 1993), o que é construído de forma artesanal e permeado pela possibilidade da restituição do pertencimento aos espaços coletivos, porém não consistindo apenas em prática de normatização ou simples adaptação do sujeito às normas sociais. É interessante observar que nas atividades de convivência não está em foco nenhum procedimento ou técnica terapêutica, já que a principal tarefa é proporcionar o encontro entre os usuários, buscando seus efeitos também para além dos grupos terapêuticos, na construção de laços afetivos entre os participantes.

Marazina (1997) comenta que, quando foram iniciadas as atividades em centros de convivência com usuários dos serviços de Saúde Mental, os profissionais tinham muita dificuldade em não preencher todo o tempo com diversas atividades, já que o “não fazer nada em grupo” trazia aos profissionais a angústia de que poderiam ocorrer coisas inesperadas que fugissem ao seu controle. Do mesmo modo, assistimos diversas experiências na Atenção Básica que não conseguem sustentar a produção de saúde nesta dimensão da convivência e do diálogo, o que implica em centros de Saúde cheios de atividades, porém que não permitem que a equipe se insira no território enquanto estratégia descentrada dos serviços de Saúde. Marazina situa que os dispositivos de convivência devem desinvestir as atribuições de poder pelo profissional, de modo que este se veja mais como um facilitador do que como um agente de prescrições.

Ao problematizarmos o papel dos CAPS em relação à rede de Saúde de modo geral, este não deve ser localizado como o centro da rede, senão há o risco de ser repetida a lógica manicomial em serviços aparentemente substitutivos aos hospitais psiquiátricos, como os CAPS (ALVERGA; DIMENSTEIN, 2006). Para tanto, estes serviços devem ter as equipes de Saúde da Família como os elementos que dão porosidade à rede de Saúde, já que permitem o diálogo entre diversos atores da produção de saúde como os CAPS, serviços hospitalares, serviços do Sistema Único de Assistência Social, dentre outros serviços, além dos recursos comunitários como centros de cultura e de associações. Assim, a organização da rede de Saúde deve privilegiar o acompanhamento integral dos usuários e não apenas a lógica de múltiplos encaminhamentos para serviços especializados. Portanto, a Atenção Básica aparece aqui como mediadora de toda a rede de Saúde, e não apenas enquanto um nível de atenção à Saúde.

Contextualização da Rede de Saúde do Distrito Federal

O Distrito Federal apresenta um longo histórico de falta de investimento em serviços extra-hospitalares. Segundo informações do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), a cobertura da Saúde da Família apenas contempla 20,15 % da população do Distrito Federal atualmente. Do mesmo modo, a cobertura de serviços psicossociais no Distrito Federal também é defasada em relação à deman-

da populacional (BRASIL, 2011c), consistindo em rede de serviços de saúde dependente de Hospital Psiquiátrico e, portanto, não permitindo a substituição completa dos serviços manicomialis como determina a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2004; 2010). Ao mesmo tempo, é importante considerar que o papel dos CAPS ainda é pouco conhecido pela população em geral, e também pelos profissionais de outras áreas de Saúde, o que implica no excesso de encaminhamentos de usuários da saúde mental para hospitais psiquiátricos ou no entendimento da função do CAPS vinculada à troca de receitas e à internação.

Neste momento, venho acompanhando a implantação de iniciativa de matriciamento, visando a integração da rede de serviços de Saúde e a divulgação do papel dos CAPS na comunidade. O matriciamento consiste em proposta de construção compartilhada de responsabilidades e de ações entre, pelo menos, duas equipes de Saúde, em que são propostas intervenções pedagógico-terapêuticas que rompem com a lógica de encaminhamentos e da compartimentalização da saúde em especialidades (BRASIL, 2011b). Na iniciativa que acompanho, considero que o trabalho de matriciamento com a zona rural tem função primordial, tendo em vista que muitos dos usuários destas áreas não conseguem comparecer aos CAPS. Anteriormente à realização do matriciamento, muitos casos só chegavam ao CAPS após sucessivas internações em hospitais psiquiátricos, assim como predominava o desconhecimento da função do CAPS na rede de Saúde Mental.

Até o presente momento, avalio que a iniciativa de matriciamento que citei acima permitiu maior conhecimento do papel do CAPS aos demais profissionais da rede de Saúde Mental, ressaltando seu papel como serviço substitutivo aos hospitais psiquiátricos e não apenas complementar às estruturas hospitalares. Outro aspecto importante que foi produzido por esta atividade foi a co-responsabilização entre as equipes de Saúde da Família e de Saúde Mental. A iniciativa de matriciamento tem como objetivo atual consolidar o diálogo contínuo entre as equipes, buscando estruturar a lógica da referência e contrarreferência, já que, no momento, este diálogo ainda está restrito a apenas algumas equipes de Saúde da Família, como já foi destacado anteriormente.

Um dos aspectos que impedem a consolidação da integração entre Saúde Mental e Atenção Básica é o foco dos serviços de Saúde Mental em se resumir a seu papel assistencial (visto como os atendimentos in-

individuais e os grupos terapêuticos), perdendo a importância do diálogo entre os níveis de atenção de Saúde como princípio da clínica psicossocial. Ainda há cobrança em relação à produtividade dos profissionais no atendimento de grandes quantidades de usuários, não sendo dada a devida importância ao trabalho em rede e à dimensão qualitativa da produção de saúde. Considero que, sem o trabalho integrado com a Atenção Básica, é produzido maior contingente para o atendimento na clínica psicossocial, implicando em menor resolutividade no atendimento às demandas reais de saúde dos usuários do SUS. Isto ocorre porque diversos casos de transtornos mentais que não se enquadram na gravidade atendida pelos CAPS não encontram atendimento nos serviços de Atenção Básica, favorecendo que estes mesmos casos cheguem aos CAPS quando já apresentam maior gravidade. Portanto, vejo a necessidade de retomarmos o papel das equipes do Programa Saúde da Família como instrumentos que oferecem porosidade à rede de Saúde, para que seja consolidada a atenção integral à saúde dos sujeitos em sofrimento psíquico grave.

Acesso e Acompanhamento como Indicadores da Integração da Rede de Saúde

A relação entre o acesso aos serviços de Saúde e o acompanhamento integral dos usuários consiste em referencial para a avaliação da organização das redes de Saúde. Schmidt; Figueiredo (2009) discutem esta questão ao situarem o acesso, acolhimento e acompanhamento como três desafios para o cotidiano dos serviços de Saúde Mental. Uma primeira questão é o papel do CAPS como um serviço de “portas abertas” (BRASIL, 2004; 2011a). Aqui estamos pensando neste como serviço especializado, porém como um dos serviços que regulam a porta de entrada na rede de Saúde.

Inicialmente, cabe nos questionarmos: os casos que são acolhidos nos CAPS já tiveram alguma avaliação pelas equipes da Atenção Básica? Daí, desdobramos outros dois questionamentos: se sim, como se deu este encaminhamento ou acompanhamento? Se não, como foi a trajetória desse usuário até chegar ao CAPS? Ao mesmo tempo, devemos considerar que nem todos os sujeitos que são acolhidos nos CAPS têm demanda para manter atendimento em serviço psicossocial. Por isso, fica também o

questionamento em relação a quais serviços dão conta de outras formas de sofrimento que não têm a gravidade atendida nos CAPS.

Atualmente, algumas das demandas que deveriam ser acolhidas e atendidas pela Atenção Básica vêm sendo encaminhadas ao CAPS com o pedido de serem medicadas prontamente. Uma dessas demandas é referente às gestantes que estão em processo de elaboração de sua condição de se tornarem mães e que podem, muitas vezes, não receber o apoio em sua rede social para lidar com as questões decorrentes da gestação. Apesar destes casos não serem enquadrados como transtornos mentais graves, exigem acolhimento e auxílio tanto em relação às suas demandas orgânicas, quanto às suas demandas psicossociais. Muitos destes casos chegam ao CAPS para acolhimento e são direcionados à Atenção Básica ou a ambulatórios especializados, porém, devido a não encontrarem a assistência adequada, retornam ao CAPS, posteriormente, com demandas mais graves como depressões ou quadros psicóticos pós-parto.

Esta reflexão nos traz a necessidade de estudar formas de sofrimento que não são enquadradas como transtornos mentais, mas também não são compreendidas como categorias enquadradas nas modalidades diagnósticas. Podemos compreendê-las como *sofrimento difuso* (VALLA, 2001), referente a amplo espectro de queixas somáticas inespecíficas vinculadas ao mal-estar social, à violência e à pobreza. Descontextualizados destas questões sociais, podem ser vistos como quadros não classificáveis que nem sempre são considerados como queixas pelas equipes de Saúde, já que não se enquadram no modelo biomédico (FONSECA, 2008). Estes casos, muitas vezes, são tratados com benzodiazepínicos, o que pode implicar em dependência, especialmente quando ocorre a ausência de outros recursos de atenção à Saúde associados à medicação.

Fonseca (2008) retoma que essas formas de *sofrimento difuso* também podem ser enquadradas como *transtornos mentais comuns*. Uma questão fundamental em relação a estes casos é o conflito de discursos entre profissional e usuário. Aquele vê o quadro ligado à dimensão da interioridade (sofrimento/transtorno) enquadrado em sintomas categorizáveis. Já o usuário pode apresentar concepção não-linear de seu adoecimento, geralmente relacionado às suas condições de vida, especialmente no trabalho e na convivência com sua família. Fonseca traz que muitos profissionais de Saúde classificam esses sujeitos segundo quadro moral, porém embasado

nas categorias diagnósticas. Geralmente, estes usuários são vistos como “poliqueixosos”, “em busca de ganhos secundários” e “histéricos”, dentre outras classificações. Neste sentido, algum sofrimento que poderia ser acolhido na Atenção Básica pela lógica da ESF vai se tornando “crônico”, sendo tratado por prescrições medicamentosas isoladas de outras ações terapêuticas, e promovendo efeitos iatrogênicos.

O dispositivo clínico denominado como *técnico de referência* pode ser ferramenta central para a identificação dos casos de sofrimento difuso e a capacitação das equipes de Saúde da Família para lidar com estes casos. A lógica da referência consiste em equipes de referência que realizam o acompanhamento contínuo dos usuários, mesmo que estes deixem de buscar os serviços de Saúde (SILVA; COSTA, 2010). Neste contexto, é buscada a integração das equipes de Saúde da Família com as equipes de Saúde Mental para que não seja perdido o acompanhamento do usuário em sua trajetória dentro (ou fora) dos serviços de Saúde.

Dentro desta questão, vejo que os chamados quadros de comorbidade clínica nos trazem o desafio de oferecer a integralidade do cuidado, contextualizada às demandas concretas dos usuários. Tomando como exemplo, vejo diversos casos dos CAPS não conseguirem ser atendidos pela Clínica Média, porque são considerados “casos da Saúde Mental”, ainda que a demanda de atendimento, naquele momento, esteja relacionada a quadros orgânicos. Em relação a estes tipos de casos, devemos retomar o papel das equipes de Saúde Mental em permitir a mediação dos conteúdos trazidos por estes usuários com os profissionais que não têm formação específica para lidar com esses quadros.

Portanto, devemos considerar a necessidade da corresponsabilização das equipes de Saúde em relação aos casos que necessitam de atenção na Saúde Mental e na Atenção Básica. O matriciamento é ferramenta potente neste processo de corresponsabilização, visto que permite o diálogo entre os diversos saberes que permeiam a produção de saúde dentro do SUS.

Considerações Finais e Desafios Atuais

Em conclusão, serão retomados alguns dos desafios atuais da integração entre a Atenção Básica e a Saúde Mental. Em relação à questão do

sofrimento difuso, devemos considerar que este consiste em demanda de Saúde Mental, porém que nem sempre consiste em quadro de transtorno mental grave. São necessários estudos e práticas contextualizadas a estas formas de sofrimento, para que estes sujeitos não fiquem ignorados pelo sistema de Saúde. Portanto, estamos considerando o papel da Atenção Básica na Saúde Mental, pensando na hierarquização entre os níveis de complexidade, porém na co-construção dos projetos terapêuticos dos usuários em sua trajetória existencial e cultural.

Outro questionamento a ser destacado é a dependência de muitos usuários de benzodiazepínicos. Alguns usuários iniciam o uso destas medicações em serviços de emergência e mantém o esquema medicamentoso por longos períodos, sem haver questionamento em relação a outros recursos que tenham efeitos menos iatrogênicos. A prescrição de benzodiazepínicos tem função na Atenção Básica, porém devemos nos atentar aos riscos da *medicalização* de diversas formas de angústias que permeiam o desafio de ser humano.

Por último, vejo a necessidade de retomar a articulação entre ensino, pesquisa e extensão nas Universidades Públicas. A extensão ainda encontra-se em território marginal dentro das Universidades, sendo tida como atividade “complementar” ao currículo de alunos que têm interesse em encontrar campos de aplicação dos conteúdos teóricos e de suas pesquisas. Considero que a extensão é importante mediador do ensino e pesquisa na formação dos profissionais de Saúde, já que uma das principais queixas dos alunos de graduação é referente à ausência de conexão entre os temas estudados em sala de aula e a realidade dos serviços públicos de Saúde. Isto pode implicar em não permitir que os alunos dos cursos de Saúde se vejam como trabalhadores do SUS e, portanto, acreditem que sua prática só pode ser exercida em clínicas particulares ou demais serviços privados. Partindo da experiência do projeto de extensão que comentei anteriormente, percebo a potência de sensibilizar os alunos, desde o começo de suas graduações, para que estejam em contato com os serviços públicos de Saúde, fundamentados pela lógica da Reforma Psiquiátrica e da *Clínica Ampliada*. Assim, estamos pensando na integração entre as diversas estratégias de produção de saúde e o papel das Universidades na formação dos profissionais que integrarão esta rede.

Referências

- ALVERGA, A. R.; DIMENSTEIN, M. A Reforma Psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 20, p. 299-316, 2006.
- BRAGA, F. W. A cultura popular como recurso clínico na atenção ao sofrimento psíquico grave. 2012. 168 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2102.
- BRASIL. **Saúde Mental no SUS: Os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Série F, Comunicação e Educação em Saúde. Brasília, 2004
- BRASIL. **Relatório Final da IV Conferência Nacional de Saúde Mental Intersetorial**. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. Brasília, 2010
- BRASIL. Portaria 3.088 – Institui a rede de atenção psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Distrito Federal: Brasília, 2011a.
- BRASIL. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Ministério da Saúde. Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva. Distrito Federal: Brasília, 2011b.
- BRASIL. Saúde Mental em dados – 8. Ministério da Saúde, ano VI, nº 8, informativo eletrônico. Brasília, 2011c
- BRASIL. Histórico de cobertura de saúde da família (período de março a junho de 2014). Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Distrito Federal: Brasília, 2014.
- COSTA, I. I. Crises psíquicas do tipo psicótico: diferenciando e distanciando sofrimento psíquico grave de “psicose” In: COSTA, I. I. (Org.). **Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: Caminhos para uma abordagem complexa**. Brasília: Kaco, 2010. p. 57-63.
- COSTA, I. I.; BRAGA, F. W. Clínica sensível à cultura popular na atenção ao sofrimento psíquico grave. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 3, p. 547-562, 2013.
- CAMPOS, G. W. S. **Saúde paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.
- FONSECA, M. L. Sofrimento difuso nas classes populares no Brasil: uma revisão da perspectiva do nervoso. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Abordagens Psicossociais: Reforma psiquiátrica e saúde mental na ótica da cultura e das lutas populares**. São Paulo: Hucitec, 2008. Vol.2, p. 171-228.
- FREIRE, P. **Pedagogia do Oprimido** (46ª ed). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
- FREIRE, P. **Extensão ou Comunicação?** (13ª ed.). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2006.
- LANCETTI, A. Clínica Grupal com Psicóticos. In: LANCETTI, A. (Org.). **Saúde Loucura: Grupos e Coletivos**. São Paulo: Hucitec, 1993. p. 155-173.
- LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.
- MARAZINA, I. As fronteiras do terapêutico no trabalho da rede pública. In: EQUIPE DE ATS DE A CASA (Org.). **Crise e Cidade: Acompanhamento terapêutico**. São Paulo: EDUC, 1997. p. 167-175.

NEVES, L. M. et al. **A extensão popular como meio de construção da Reforma Psiquiátrica.** Trabalho apresentado no IV Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Mato Grosso do Sul: Dourados, 2009

ROPA, D.; DUARTE, L. F. D. Considerações teóricas sobre a questão do “atendimento psicológico” às classes trabalhadoras. In: FIGUEIRA, S. A. (Org.). **Cultura da Psicanálise.** São Paulo: Brasiliense, 1985. p. 178-201.

SCHMIDT M.B.; FIGUEIREDO, A. C. Acesso, acolhimento e acompanhamento: três desafios para o cotidiano da clínica em saúde mental. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 12, n. 1, p. 130-140, 2009.

SILVA, E. A.; COSTA, I. I. O profissional de referência na saúde mental: das responsabilizações ao sofrimento psíquico. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 13, n. 4, p. 635-647, 2010.

TENÓRIO, F. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 80 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 1, n. 9, p. 25-59, 2002.

VALLA, V.V. Globalização e saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos.** São Paulo: Hucitec, 2001. p. 39-62.

VASCONCELOS, E. M. Redefinindo as práticas de saúde a partir de experiências de educação popular nos serviços de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 5, n.8, , p. 121-126, 2001.

11. PAPÉIS DA PSICOLOGIA NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

Luiz Felipe Castelo Branco da Silva

“Pássaros criados em gaiolas acreditam que voar é uma doença.”

(Alejandro Jodorowsky)

O fito axial deste texto aponta para a discussão sobre os papéis do psicólogo nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Para isto, foi feita a opção de realizar tais reflexões a partir do relato de atuação de um psicólogo no contexto da gestão de um Centro de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas (CAPS ad) no Distrito Federal. Neste sentido, foi buscada a realização de uma breve abordagem do histórico da ampliação do conceito de Saúde no Brasil, e da gradativa inclusão da Saúde Mental neste processo. Em seguida, foram abordadas algumas reflexões sobre os possíveis papéis do psicólogo no CAPS e na RAPS atrelado ao relato de experiência do autor, referente ao período que atuou na gestão de um CAPS ad.

Breve Histórico da Ampliação do Conceito de Saúde No Brasil

A *Constituição Cidadã* de 1988 recebeu esta nomenclatura por Ulisses Guimarães, Presidente da Assembleia Nacional Constituinte, tendo em vista a ampla participação popular em sua elaboração, além de ter recepcionado diversos elementos em seu texto que visaram à plena realização da cidadania (SILVA, 2009). Em relação à Saúde, esta Constituição Federal também inovou, visto que as Constituições anteriores não tiveram como objetivo garantir este direito aos cidadãos, exceto normatizar sobre a competência concorrente da União para legislar sobre esta temática. Foi

a partir de 1988, com a *Carta Magna*, que a Saúde passa a ser consagrada enquanto direito fundamental, estendida a todos os cidadãos, assumindo as características de universalidade, integralidade, equidade e obrigação do Estado, bases que impulsionaram a criação do maior sistema público de saúde do mundo, denominado Sistema Único de Saúde (SUS) (RIBEIRO; JULIO, 2010). Além disso, a Saúde assume características de cláusula pétrea, o que garante a impossibilidade de abolição deste direito enquanto elemento de efetivação da dignidade da pessoa humana (SARLET, 2007).

Em seu bojo, a Constituição da República Federativa do Brasil traz no artigo 6º a Saúde enquanto direito social. No art. 23, regula que Municípios, Estados, Distrito Federal e União são competentes para cuidar da Saúde e da assistência pública. No art. 196, institui em norma de efeito e aplicação imediatos que a Saúde é dever do Estado. No art. 198, estabelece as diretrizes do SUS, que apontam para a descentralização, a integralidade do atendimento e a participação da comunidade no processo decisório. Por fim, no art. 199, possibilita uma solidariedade entre o Poder Público e o setor privado no exercício da assistência à Saúde, quando prevê que instituições privadas podem exercer a assistência em Saúde (BRASIL, 2014a). Neste sentido, é possível afirmar que, em especial desde a década de 1980, houve a implantação gradativa de um processo de descentralização do sistema de Saúde. A partir disto, os agentes locais, ou seja, os profissionais de Saúde e os usuários do sistema, passaram a assumir papel de centralidade, cabendo a estes agentes tanto a autonomia para desenvolver programas e estratégias mais adequadas à sua realidade quanto a responsabilidade de conduzir e executar as políticas e ações de Saúde coadunadas às demandas do território (KLEBA, 2005).

Estas inovações, quando pensadas em termos de perspectiva conceitual, também revelam importantes tentativas de mudança paradigmática. Observa-se que a definição de Saúde nos ordenamentos jurídicos pretéritos sempre esteve atrelada à simples e restrita assistência médica. A redução do conceito provocava, por sua vez, a restrição da extensão do direito à Saúde, focada em intervenções muito circunscritas (COSTA, 1989; RIBEIRO; JULIO, 2010), seja na lógica exclusivamente hospitalocêntrica e medicamentosa, seja na lógica voltada para ações de vacinação e controle de endemias.

Sobre isto, vale lembrar que, no ideário dos reformadores, a con-

cepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira apontava a compreensão da saúde como algo além de uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos. Destarte, foi assim que se advogou favorável um conceito de saúde que contemplasse as dimensões sociais, políticas (SILVA, 2014) e, porque não dizer?, também relacionadas à Saúde Mental.

No Brasil, em especial a partir da década de 1980, ocorreram contínuas discussões a respeito do modelo de atendimento direcionado aos pacientes com transtornos psiquiátricos, que culminou naquilo que se denomina Reforma Psiquiátrica Antimanicomial. Este movimento visou à transformação do modelo vigente, em que imperava a lógica manicomial, ou seja, exclusivamente hospitalar, medicamentosa, segregadora e excludente daqueles tidos como diferentes (AMARANTE, 1995). Como decorrência destas discussões, a reforma apontou para a gradativa implementação de Políticas Públicas cujo mote era a progressiva redução dos leitos de hospitais psiquiátricos, *pari passu* à construção de uma rede de serviços substitutivos. Esta rede deveria ser capaz de prestar assistência mais qualificada à população que, antes possuía o hospital como referência (praticamente exclusiva) de atenção em Saúde Mental.

Neste mesmo sentido, a Portaria Ministerial 336, de 19 de fevereiro de 2002, instituiu e regulamentou o funcionamento dos CAPS, sendo depois complementada pela Portaria 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que instituiu a Rede de Atenção Psicossocial ¹. Em 2012, foram lançadas as Portarias 121, de 25 de janeiro de 2012, e 130, de 26 de janeiro de 2012, em que se tem, respectivamente, a regulamentação das Unidades de Acolhimento ² e dos CAPSad com funcionamento 24 horas (BRASIL, 2014c).

Cabe aqui, todavia, a reflexão em torno das noções de *desospitalização* e *desinstitucionalização*, visto que existem muitos equívocos quanto às duas definições, o que acaba por provocar práticas eivadas de vícios. Conforme Sales; Dimenstein (2009), a primeira estaria relacionada ao pro-

1 Voltada para pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do SUS.

2 Voltada para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

cesso de diminuição de leitos psiquiátricos e saída dos hospitais psiquiátricos. A segunda engloba a primeira, mas não se restringe a ela, uma vez que significa algo além da saída do manicômio. Destarte, a *desinstitucionalização* apontaria para mudanças mais radicais, uma vez que busca a transformação da percepção e do agir perante o fenômeno *sofrimento humano*.

O modelo psiquiátrico tradicional (penso que, em grande medida, também contemporâneo, embora sob novos disfarces) é marcado por um *modus operandi* que tem nos diagnósticosum dos seus pilares. Este tipo de diagnóstico nada mais é do que um conjunto de rótulos que amordaçam, enrijecem e limitam toda a riqueza e a potencialidade dos sujeitos. Eis que a busca por eleger o *sofrimento humano* como foco real de trabalho, visando buscar com os sujeitos outras possibilidades de existência que possam promover novas formas de sentido para o que se sente; isso, se constitui como uma das principais diretrizes da *desinstitucionalização*. Dito de outro modo, ela busca desfocar a instituição em prol dos sujeitos, devolvendo a eles a condição de humanas criaturas, em toda sua pluralidade de ser e de existir.

Existe, em certa medida, a convicção – inclusive entre profissionais e gestores de Saúde – de que a institucionalização apenas ocorre quando um paciente está envolto pelas paredes de um hospital. Contudo, esta concepção se revela errônea, uma vez que a mesma pode ocorrer em contextos extramuros, seja na vida diária das pessoas, seja nos ambientes em que circulam, podendo estar até mesmo inscrita em seus próprios corpos (SALES; DIMENSTEIN, 2009). Também pode acontecer nos CAPS, como bem observou Silva (2011) ao abordar aquilo que nomeou como sendo os “enCapsulados” no contexto da Saúde Mental do Distrito Federal.

Em um universo tão marcado pela ordem do *logos* em detrimento do *mythos*³, penso que um dos principais papéis do psicólogo no contexto dos CAPS e na RAPS é, por um lado, resgatar a importância da subjetividade no cotidiano dos serviços e das intervenções. Por outro, também se

3 No sentido etimológico, o termo *mythos* possui proximidade com o conhecido *logos*. Ambos apontam para a descrição de uma realidade. O primeiro descreve a realidade de fora para dentro, deste modo, relacionada à dimensão da subjetividade, da realidade psíquica. O segundo se refere à realidade em sua concretude, portanto, aponta para aquilo que é observável e quantificável (ANTUNES, 1997; FREITAS, 1997; MORIN, 2005; SILVA, 2011).

direciona para o papel de servir como *um tradutor/mediador* daquilo que é pedido, demandado pelo sujeito, muitas vezes por vias enviesadas, de modo que outros atores cuidadores possam melhor compreender aquilo que está, de fato, posto. Todavia, penso que não cabe ao psicólogo apenas facilitar a compreensão, mas também auxiliar no processo de lapidação da escuta e do acolhimento dos cuidadores dos sujeitos que buscam auxílio em qualquer ponto de atenção psicossocial na RAPS.

Neste sentido, quando um psicólogo logra a oportunidade de atuar na gestão de serviços que executam as Políticas Públicas, seja na Atenção Básica ou na Saúde Mental, são ampliadas as possibilidades de transformações e de engajamentos naquilo que Merhy (2007) chamou de *trabalho vivo em ato*. Segundo este autor, na prática do trabalho em Saúde, há a possibilidade de operar coadunado ao *trabalho vivo*, em que há a presença de relações de afetos, de produção de vínculos e de troca entre os sujeitos. Além disto, pelo *trabalho vivo* ser da ordem da criação, da inovação e da reinvenção, o trabalhador da Saúde tem a oportunidade de, fazendo uso dos saberes, dos conhecimentos, das técnicas e dos equipamentos existentes, criar ou recriar o *modus operandi* do cotidiano dos serviços. Isto significa que a forma de trabalhar, de interagir, de intervir pode ser sempre revisitada e reinventada, tendo como co-autores os profissionais.

Destarte, passamos a constituir nas reuniões de equipe momentos mensais em que cada profissional poderia apresentar sua categoria. Infelizmente, não obtivemos muita adesão, exceto quando propusemos trabalhar alguns assuntos específicos demandados pela equipe: acolhimento de pacientes; intervenção em crise e prevenção de suicídio; entrevista motivacional e matriciamento⁴. Nestes espaços, o objetivo foi provocar a reflexão de como cada categoria poderia auxiliar no enfrentamento dos desafios em cada temática abordada. Isto se revelou mais fecundo. Um dos produtos alcançados foi a elaboração de indicadores de elegibilidade para agendamento individual com cada categoria profissional. Os psicólogos,

⁴ Este último foi fruto do estudo em grupo do Manual de Matriciamento em Saúde Mental do Ministério da Saúde, em 2013. Neste período, já havíamos fomentado mais a necessidade de atuarmos efetivamente no território.

por exemplo, conseguiram inclusive propor uma divisão entre eles, por *expertise*: casos de risco de suicídio; comorbidades psíquicas; população de rua etc. Isto ajudou a melhorar os critérios de marcação de consultas individuais, possibilitando espaços livres para discussões de casos ao longo da semana, em situações emergenciais.

Pactuando Mudanças: Cogestão e Cidadania

Com o advento do SUS, em especial com a promulgação da Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990, foi garantida com maior ênfase a participação da comunidade na gestão (BRASIL, 2014b). Neste sentido, no contexto da Saúde Mental e, sobretudo, no CAPS ad de que fui gerente, não poderia acontecer de maneira diferente. Era preciso engajar os pacientes no sentido de se tornarem também responsáveis pelo serviço. Além disso, por serem pacientes com problemas relacionados ao abuso ou à dependência de substâncias psicoativas, não deveríamos nos concentrar apenas na relação do sujeito com a(s) droga(s) de eleição, por ela se caracterizar como deveras restrita; assim, era preciso pensar nos vários níveis de dependência que extrapolam o binômio sujeito-droga, o que exigia que estivéssemos atentos para criar situações de maior autonomia dos pacientes.

Um dos aspectos percebidos foram as festas comemorativas no CAPS ad. Era comum que os profissionais as preparassem sozinhos, e que a adesão, por vezes, ficasse aquém daquilo que ambicionávamos. Em algumas vezes, estávamos apenas nós e alguns convidados da rede. Desde então, passamos a incrementar na divulgação, mas, principalmente, a investir cada vez mais na coparticipação dos pacientes e dos familiares. Todos passaram a ter tarefas na preparação, na execução e no usufruto daquilo que alcançássemos. O resultado foi positivo, pois muitos deles passaram a ativar parcerias de suas redes sociais pessoais que pudessem contribuir não apenas com a festa, mas também em outros contextos.

De maneira concomitante, começamos a promover assembleias em que os pacientes tinham direito à voz. Eles foram incentivados a compartilhar o que estava bom e o que não estava no CAPS ad: para isso, por meio de dinâmicas de grupo, a ideia foi demonstrar que, sem a opinião deles, o serviço não teria condições de melhorar seus processos de trabalho. Na primeira

ocasião, utilizamos uma dinâmica de minha autoria, batizada como “Construindo uma casa”⁵. Outras neste mesmo sentido foram propostas, sempre buscando focar a importância e a potência da (co)construção. Deste modo, as sugestões e as reclamações foram registradas em ata e, sempre que possível, buscávamos implementar e incrementarmos propostas. Neste contexto era trabalhado também o empoderamento popular e o ativismo político dos usuários do serviço. Assim, informações sobre os propósitos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial e sobre o papel dos órgãos fiscalizadores (tribunais de contas, controladorias internas, corregedorias, Ministério Público e outros dispositivos como ouvidorias, etc.) eram amplamente divulgadas, incluindo os contatos destes mesmos órgãos e serviços.

Como nestes espaços também eram discutidos problemas e desafios do serviço, para além da nossa governabilidade, foi possível testemunhar um processo de maior participação dos pacientes e dos familiares. Em duas situações emblemáticas, isto ficou bem evidente. Uma delas foi em relação à falta de médico no CAPS ad: o profissional que estava lá era emprestado e, prestes a se aposentar, foi, de forma imperativa, retirado da unidade, já que o hospital em que ele trabalhava estava com necessidade de cobrir escalas. Apesar das diversas solicitações de apoio político do órgão de direção técnica em Saúde Mental e dos diversos documentos direcionados para a gestão superior local, nada foi resolvido. Havia um silêncio ensurdecedor nas respostas dos gestores contactados, enquanto persistia a falta de acompanhamento médico para vários casos. Isto onerava ainda

5 Consiste em perguntar para o grupo quais materiais são necessários para construir uma casa. Após anotados os principais materiais mencionados, o grupo é dividido em número equivalente/próximo dos tipos de necessários para construir uma casa. Em seguida, cada grupo recebe um material (foto e papel escrito “só tijolo”, “só água”, “só cimento”, etc.) e é pedido que discutam entre si como farão para construir uma casa que não caia com apenas aquele material recebido. Dá-se um tempo para que compartilhem o que planejaram. É comum dizerem que não dá certo ou inventarem soluções que são facilmente desconstruídas pelo grupo, pois elas não garantem uma casa que não caia. Podem-se misturar elementos e pedir novamente que tentem lograr soluções, até que finalmente percebam ou proponham que todos os elementos sejam misturados. Sendo assim, fazemos uma relação com os diversos atores de um determinado projeto ou propósito. Além disso, é possível trabalhar uma perspectiva de futuro ao perguntar: “Que tipo de casa vocês querem construir para suas vidas?”. A metáfora de construção pode ser trabalhada em diversos contextos, para quaisquer outros projetos de vida. Esta dinâmica tem sido utilizada no grupo Saúde Legal, parceria entre o CAPS ad e profissionais do Poder Judiciário.

mais o hospital e os centros de Saúde, que eram buscados pelos pacientes em momentos de crise – nos quais nem sempre eram bem acolhidos, por serem “bebuns” ou “drogados”, segundo relatos deles mesmos. A solução partiu de um grupo de pacientes e de familiares. Eles nos comunicaram que haviam protocolado reclamações e denúncias sobre a falta de médico no serviço, e estavam nos avisando por terem ficado sabendo que chegaria um documento para a Coordenação de Saúde local responder, e que este mesmo documento seria redirecionado ao gerente da unidade demandando posicionamento. Quando o documento chegou, com despacho da gestão superior local, pude pensar todas as solicitações por escrito, demonstrando que a situação não se resolvera em decorrência de outros fatores. Na mesma semana, conseguiram um médico emprestado e, mais adiante, a direção técnica em Saúde Mental lotou um médico concursado no serviço.

Outro exemplo interessante ocorreu em função das reclamações sobre o fato do CAPS adão estar realizando as visitas e os atendimentos domiciliares conforme as normativas ministeriais, que alguns dos usuários já conheciam. Eles souberam que, muitas vezes, a gerência tentou agendar o transporte, mas que, nessas ocasiões, nem o motorista nem o carro costumavam aparecer. Também tiveram acesso à informação de que a gestão central de Saúde Mental havia comprado *kombis* para cada CAPS, mas que elas não haviam sido entregues. Sobre esta questão, eu depois soube que os usuários foram atrás do andamento das medidas, e descobriram que o procedimento de emplacamento estava atrasado, o que levou as *kombis* a permanecer paradas por vários meses, e sem resolução da situação. Eles fizeram reclamação junto a órgãos de fiscalização e, em pouco tempo, os gerentes dos CAPS foram convocados para buscar os automóveis⁶.

Em ambas as situações, houve papel ativo dos pacientes e dos familiares no sentido de lograr soluções para as demandas observadas por eles. Foram capazes de se engajar e de se valer do conhecimento adquirido nas assembleias.

6 Por outro lado, foi observado que o processo de emancipação dos pacientes não parece ter sido bem visto. Instalou-se situação paradoxal. Se, por um lado, alguns defensores da Saúde Mental externos ao CAPS ad defendessem o empoderamento dos pacientes, por outro, demonstravam que os usuários não tinham direito de reclamar das vulnerabilidades. Verifiquei certa tensão quando esta temática era, em alguma medida, posta em discussão em determinados cenários de deliberação.

Pactuando mudanças: cosmovisão sistêmica e inclusão familiar

Quando se fala do fenômeno da drogadição, não se deve desconsiderar que este é de natureza complexa e multideterminada. Deste modo, etiologias exclusivamente biológicas ou ambientais não se revelam corretas, sendo mais adequado falar em um modelo que compreenda a herança genética das vulnerabilidades e sua modulação ao longo dos anos pelos efeitos ambientais. Este paradigma é denominado modelo epigenético (MESSAS; FILHO, 2004). Neste mesmo sentido, a dimensão ambiental também possui diversas variáveis, onde se deve buscar sempre considerar três elementos relacionados: um sujeito; droga(s) de eleição, e o contexto em que ocorre a relação entre os dois primeiros (COLLE, 2001; KALINA; KOVADLOFF, 1983; OLIEVENSTEIN, 1985; SILVA, 2011).

Sendo assim, é possível afirmar que a drogadição é uma manifestação de sintoma que se revela organizada em uma teia relacional de que a família não está separada. Revela-se um erro grosseiro pensar que o sintoma “drogadição” possui ancoragem exclusivamente no sujeito singular, pois este é um fenômeno constituído e mantido no sistema sociofamiliar, possuindo, inclusive, a função de manutenção homeostática do funcionamento do sistema a que pertence (BOSCOLO et al., 1993; NICHOLS; SCHWARTZ, 1998; WHITAKER; BUMBERRY, 1990; SILVA, 2011).

Ao perscrutar o discurso dos profissionais lotados no CAPS ad, percebi que havia evidências de que tinham como foco das intervenções apenas o paciente. Por sua vez, “paciente” era entendido apenas como aquele que era o portador do sintoma, ou seja, somente o usuário de substâncias psicoativas. Como forma de ampliar esta concepção, foram provocadas, nas discussões de caso, reflexões sobre o funcionamento sociofamiliar em relação à drogadição e/ou ao alcoolismo dos casos concretos. Em alguns casos pontuais, fiz atendimentos em família. Com o sucesso das intervenções, foi possível demonstrar a importância do olhar sistêmico. Deste modo, já no acolhimento, passamos a verbalizar para a família que ela merecia também ser cuidada, e que seria muito importante para o processo a sua participação. Assim, passou a ser feita no cartão de Plano Terapêutico Singular (PTS) a inserção das atividades voltadas para os familiares: grupo

multifamiliar e terapia comunitária. Com o tempo, o grupo multifamiliar cresceu a tal ponto que foi necessário discutir um novo espaço físico para seu acontecimento. A partir desta demanda, pudemos discutir outro projeto de mudança relacionado ao processo de deixarmos de estar “enCAPSulados”. Se, por um lado, as circunstâncias exigiam a atuação do serviço para além das cercas, internamente foi observada a urgência de repensar o modelo de funcionamento interno do serviço de Saúde Mental em que exercíamos nossas funções laborais.

Pactuando mudanças: processos de trabalho

Um dos problemas identificados foi a questão dos processos de trabalho, que incluíam os momentos desde o acolhimento (e o que se compreendia por isso) até aquilo que se tinha por alta. Pela natureza da clientela, não havia como trabalhar no contexto do acolhimento com agendamento, pois a demanda por tratamento na dependência química muitas vezes não possui a consistência suficiente para se manter até a data da primeira consulta. Seria mais correto dizer que, nesta clínica, o desejo do sujeito por se tratar é volátil e com funcionamento circunscrito à ordem da ambivalência. Deste modo, existem fatores mobilizadores que rivalizam entre a mudança e a manutenção do comportamento de drogar-se, sendo que, invariavelmente, de acordo com a perspectiva sistêmica, guardam relação em alguma medida com a dinâmica sociofamiliar.

Dito isto, é fundamental que o primeiro contato do paciente com o serviço obedeça à lógica da *agenda aberta*. Assim sendo, sempre que os usuários chegarem ao CAPS ad, deverão ser acolhidos naquilo que vêm buscar, que nem sempre se constitui no desejo de lograr a abstinência ou de mudar a relação com a droga de eleição, o que não significa que estes usuários devam ser tidos como não elegíveis para o acompanhamento (SILVA, 2011).

No caso da unidade de Saúde Mental em questão, foi notado que havia, na cultura organizacional, a necessidade de preenchimento de uma ficha de acolhimento. Esta situação provocava dificuldades na escuta e no acolhimento do paciente, visto que a preocupação do profissional se direcionava mais para o completo preenchimento da citada ficha do que em

escutar com qualidade o ser humano demandante. Por diversas vezes, nas reuniões com os gestores da Saúde Mental, a reflexão acerca deste protocolo foi exigida, mas sem sucesso significativo. Deste modo, foi assumida a promoção de mudanças no contexto do nosso CAPS ad.

No contexto de capacitações de servidores da Saúde, no qual fui convidado a estar enquanto professor, eu já havia especulado sobre a importância do olhar sistêmico, passando a incorporar a família e a comunidade nas linhas de cuidado. Além disto, já era apontada, no CAPS ad, a necessidade do uso de instrumentos como o Genograma e o Ecomapa nos primeiros contatos com o paciente portador do sintoma. Desta maneira, conseguiríamos apreender a complexidade do caso concreto e suas relações com o contexto do sujeito (família e comunidade).

Como primeiro expediente, foi escolhido diminuir os novos agendamentos ambulatoriais, além de pensar em um fluxo do paciente ao longo do percurso do serviço que levasse em consideração seu estágio motivacional, de acordo com Prochascka; DiClemente (1982) e Miller; Rollnick (2001). Deste modo, as atividades dentro da unidade, bem como no território, passaram a ser pensadas a partir das necessidades do paciente e do núcleo familiar, tendo em mente o momento motivacional de cada caso. Desta maneira, foram pensadas atividades para momentos iniciais, intermediários e em processo de alta. Mais adiante, foram prospectadas mudanças no acolhimento. A ficha de acolhimento foi colocada em segundo plano, e se iniciou a criação de gradações para a realização deste processo. Em um primeiro momento, era ofertada a escuta daquilo que trouxe o paciente ao serviço, procurando perscrutar como sua demanda comparecia no serviço. A partir daí, já ficava agendada para a semana seguinte uma segunda conversação⁷, em que a ideia era uma melhor investigação do funcionamento intrafamiliar, por meio do Genograma, mesmo que não houvesse mais vinculações e convivência com os membros. Em um terceiro momento, a ideia era realizar o direcionamento para dois grupos: 1) um

⁷ O desejo era que aqui pudesse ser incluída a presença dos familiares para a melhor apreensão do funcionamento familiar; contudo, na prática, esta ideia não prosperou. Entretanto, a utilização do Genograma nesta etapa foi melhor aceita pela equipe.

de ambientação, em que se tinha o fito de prestar esclarecimentos sobre o serviço, assim como desmistificar crenças sobre o modelo de atendimento no CAPS ad, e 2) um grupo de construção do Ecomapa (SLUZKI, 1997).

No momento da construção do Ecomapa, além de verificar as redes primárias e secundárias do paciente e os fatores de risco e de proteção, havia também o fito de auxiliar o Plano Terapêutico Singular (PTS) estruturado em metas. Estas não tinham como foco a abstinência exclusivamente, mas todos os objetivos traçados entre o beneficiário do SUS (a família, quando possível) e o CAPS ad. Deste modo, apenas depois da feitura do Ecomapa e da discussão do caso em equipe, é que era realizada consulta com o paciente para coautoria no PTS, organizado em torno de objetivos a serem traçados a curto, médio e longo prazo em sua vida.

Pactuando mudanças: a importância da intersetorialidade

No trabalho de Silva (2011), o autor alerta para o processo de institucionalização dos CAPS, sobretudo dos CAPS ad. Ele faz menção a um processo vivido por pacientes que estavam há anos na citada unidade de Saúde Mental, como se estivessem anestesiados. Eles se autodenominavam como “os encapsulados”. Na discussão que este autor estabelece na tessitura textual e reflexiva é possível observar que o sentido apresentado pelos pacientes era o de estar *enCAPSsulados*. Sendo assim, ele aponta para o processo de institucionalização dos CAPS, apesar de estes deverem atuar como serviços substitutivos.

Considerando-se a citada situação, a experiência acumulada sempre demonstrou que este perigo não é exclusividade dos pacientes, podendo atingir os profissionais, que ficam por vezes tão mergulhados na prática cotidiana, reproduzindo protocolos enrijecidos, que não percebem estar realizando um *trabalho morto* (MERHY, 2007). Além disto, se revela um equívoco conceber que o Plano Terapêutico Singular (PTS) resume-se aos atendimentos ambulatoriais e às oficinas e aos grupos ofertados no cotidiano do CAPS ad, ou que este seja construído sem a participação dos pacientes e dos familiares. O modelo de Atenção Psicossocial caracteriza-se pela valorização do saber e das opiniões dos beneficiários do SUS (usuários/ familiares) na construção do PTS, que trabalha dentro de uma ótica

prospectiva, visando o futuro, e não meramente retrospectiva (PINTO et al., 2011). Deste modo, todo o território e todas suas ofertas de cuidado, de inserção e de pertencimento devem ser considerados na construção do PTS, incluindo os fatores de risco e de proteção presentes no contexto de cada caso concreto.

No nosso CAPS ad não havia o mapeamento do território, e o PTS resumia-se ao encaminhamento dos pacientes aos atendimentos ambulatoriais e aos grupos. Havia ali um trabalho morto, pois as pessoas apenas reproduziam o que havia sido construído por/com outros profissionais e com gestores anteriores. Deste modo, havia a necessidade de incrementar as relações institucionais. Se, por um lado, as redes internas do CAPS ad em questão passaram a estar mais próximas, uma vez que a equipe estava se conhecendo e se entrosando mais, havia ainda a persistência de alguns ruídos na comunicação, e também questões interpessoais típicas em equipes de trabalho em processo de formação identitária mais amadurecida.

Na dificuldade (bem-vinda) encontrada no grupo multifamiliar, em decorrência do aumento significativo da adesão de familiares, foi percebida a oportunidade do CAPS ad estar no território. Destarte, passou a ser prospectado nas reuniões de equipe o apoio de potenciais parceiros institucionais que poderiam ceder espaços para o citado grupo acontecer. Surgiu a ideia de buscar conversação com parceiros de serviços governamentais de assistência social, uma vez que já tinham procurado o CAPS ad para parcerias de outras naturezas. Com eles, conseguimos um espaço maior, em que passou a acontecer o grupo multifamiliar. Deste modo, a unidade de Saúde Mental passava a estar mais presente no território de forma mais intensa. Esta estratégia foi bem interessante, pois as servidoras do citado serviço de assistências social puderam participar de vez em quando do grupo, podendo enriquecer seu conhecimento e sua prática em intervenções com famílias em que existem problemas relacionados ao uso de drogas. Por outro lado, elas puderam também beneficiar o grupo com atuações e com informações relacionadas às Políticas Públicas de Assistência Social⁸.

8 Antes desta experiência, houve a tentativa de oferecer apoio matricial para um serviço de internação para adolescentes que fariam dezoito anos no período da parceria. Alguns deles eram acompanhados em

Para além disto, também se buscou estabelecer parcerias com outros segmentos, no sentido de provocar intercâmbios que pudessem sensibilizar a todos sobre a importância de atuar em rede e no território, visto que que as intervenções ficam, assim, mais potencializadas. Deste modo, uma dessas trocas foi com órgão distrital relacionado à temática de agricultura e de desenvolvimento rural. O solo onde acontecia a oficina de hortaliças era muito pobre e o que se plantava ali algumas vezes não crescia. Isto impactava negativamente os pacientes, pois os deixava desmotivados com aquela atividade. Com a vinda dos técnicos do citado serviço, não apenas foram disponibilizadas orientações para a melhoria das técnicas utilizadas, como também utensílios e ferramentas, que foram doados. Com a parceria adicional da administração local, um trator e um caminhão foram cedidos para trazer terra adubada.

Outra parceria ocorreu com o Poder Judiciário, em especial com um serviço de atendimento a usuários de substâncias psicoativas. Nesta parceria, o CAPS ad constituiu um grupo voltado para a sensibilização e para construção da demanda de usuários de drogas ilícitas enquadrados no artigo 28 da Lei nº. 11.343/2006 (BRASIL, 2014d). Segundo este dispositivo legal, “quem adquirir, guardar, tiver em depósito, transportar ou trazer consigo, para consumo pessoal, drogas sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar será submetido às seguintes penas: I - advertência sobre os efeitos das drogas; II - prestação de serviços à comunidade; III - medida educativa de comparecimento a programa ou curso educativo”. O CAPS ad inseriu-se no terceiro inciso, com o fito de introduzir estratégias motivacionais visando à construção de demanda para tratamento, nos moldes das discussões de Sócrates (2008), que trabalhou com o modelo interventivo relacionado ao dispositivo legal supracitado, e Silva (2011), que abordou também o tema da construção da demanda para tratamento em dependência química.

Na Oficina de Cidadania facilitada por uma assistente social, dentre outras atividades, foi iniciado um trabalho em que os pacientes passaram a

intervenções pontuais no CAPS ad; contudo, a equipe não se revelou amadurecida e nem devidamente capacitada para trabalhar de acordo com a lógica matricial.

identificar no território em que residiam entidades governamentais e não-governamentais que poderiam ser suas parceiras. Com um mapa da região administrativa local, os pacientes passaram a confeccionar o mapeamento local; depois, surgiu a ideia de confecção de um manual indicando o nome, o endereço e a natureza de ofertas de serviços de cada entidade, além dos critérios de participação/elegibilidade do que era ofertado à patuleia.

No final de 2013, havia sido iniciada conversação com equipe matricial de uma região administrativa vizinha. A ideia era iniciar um trabalho de matriciamento da equipe de Agentes Comunitários de Saúde e dos técnicos da Estratégia Saúde da Família. Foi retomada a importância do estudo em equipe e o preparo para que começássemos a atuar efetivamente no território, coadunada à lógica do apoio matricial. É sabido que este trabalho foi iniciado efetivamente na metade do ano de 2014.

Considerações Finais

Como destacado, este capítulo visou à reflexão em torno dos papéis do psicólogo nos CAPS e na RAPS. Como opção, decidi explorar a temática a partir do relato de experiência na gestão de um CAPS ad no âmbito do Distrito Federal. Nestes termos, um papel deveras importante do psicólogo neste tipo de serviço diz respeito à garantia de que a dimensão humana não seja perdida em meio a protocolos, a fichas a serem preenchidas, etc. A subjetividade revela-se como importante elemento a ser considerado e preservado, pois é ela quem determina os sentidos e o colorido que as intervenções internas e externas recebem.

Além disto, a Psicologia auxilia no processo de decodificação de demandas não apenas dos pacientes e dos familiares, mas também dos profissionais e da própria instituição, que, em certa medida, agrega, condensa em si uma pluralidade de vozes e pedidos subliminares que exigem a devida escuta e o devido acolhimento, sob o risco de produzir processos de adoecimento coletivo que não são facilmente percebidos. Aqui, inclusive, reside uma espécie de calcanhar de Aquiles em que não houve avanços e nem a devida sensibilização da gestão central: a presença de supervisores das equipes.

No papel de gestão do CAPS ad, penso que o psicólogo pode contri-

buir como um facilitador de processos, auxiliando a equipe a incorporar/implementar os objetivos da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, contudo, realizando isto com respeito às idiossincrasias de cada um, e do grupo como um todo. Não obstante, se revela deveras importante a rede de apoio de que está encarregado da gestão, já que este é um locus de múltiplas projeções, cobiças, expectativas ilusórias e muita solidão, nem sempre inteligíveis para quem está no cargo e para o restante da equipe.

Referências

AMARANTE, P. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil** (Coleção Panorama/SDE/ENSP). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

ANTUNES, M. Mito. In: **Logos: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia**. Lisboa/São Paulo: Verbo, 1997. p. 900 – 908.

BOSCOLO, L. et al. **A terapia familiar sistêmica de Milão: conversações sobre teoria e prática**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

BRASIL. Constituição (1988a). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 02 Ago. 2014.

BRASIL (2014b). **Lei nº. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 02 Ago. 2014.

BRASIL (2014c). **Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental**. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/mental>>. Acesso em: 02 Jun. 2014>.

BRASIL (2014d). **Lei nº. 11.343, de 23 de agosto de 2013**. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm>. Acesso em: 02 Ago. 2014.

COLLE, F. X. **Toxicomanias, sistemas e famílias**. Lisboa: Climepsi, 2001.

COSTA, N. R. Direito à saúde na Constituição: um primeiro balanço. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 5, n. 1, 1989, p. 98–104.

FREITAS, M. C. Mito. In: **Logos: Enciclopédia Luso-Brasileira de Filosofia**. Lisboa/São Paulo: Verbo, 1997. p. 476–484.

KALINA, E.; KOVADLOFF, S. **Drogadição: indivíduo, família e sociedade**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1983.

KLEBA, M. E. **Descentralização do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Chapecó: Argos, 2005.

- NICHOLS, M. P.; SCHWARTZ, R. C. **Terapia Familiar: conceitos e métodos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988.
- MELO, E. A.; PEREIRA, L. A. **Caderno do curso Apoio Matricial na Atenção Básica com ênfase nos NASF**. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 2014.
- MERHY, E. E. **A cartografia do trabalho vivo em ato**. São Paulo: Hucitec, 2007.
- MESSAS, G. P.; FILHO, H. P. O papel da genética na dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 26, n. 1, 2004, p. 54–58.
- MILLER, W. R.; ROLLNICK, S. **Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001.
- MORIN, E. **O método 3: o conhecimento do conhecimento**. Porto Alegre: Sulina, 2005.
- OLIEVENSTEIN, C. **Destino do toxicômano**. São Paulo: Almed, 1985.
- PINTO, D. M. et al. Projeto terapêutico singular na produção do cuidado integral: uma construção coletiva. **Contexto Enfermagem**, v. 20, n. 3, 2011, p. 493–502.
- PROCHASCKA, J. O.; DI CLEMENTE, C. C. Transtheoretical therapy: toward a more integrative modelo of change. **Psychoeapy: Theory, Research and Practice**, v. 19, n. 3, 1982, p. 276-288.
- RIBEIRO, W. C.; JULIO, R. S. Direito e Sistemas Públicos de Saúde nas Constituições Brasileiras. **Revista NEJ – Eletrônica**, v. 15, n. 3, 2010, p. 447–460.
- ROTELLI, F. et al. Desinstitucionalização, uma outra via. In: NICÁCIO, F. (Org.). **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 17–59.
- SALES, A. L. L. F.; DIMENSTEIN, M. Psicologia e modos de trabalho no contexto da Reforma Psiquiátrica. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 29, n. 4, 2009, p. 812–827.
- SARLET, I. W. **Dignidade da pessoa humana e direitos fundamentais na Constituição Federal de 1988**. Porto Alegre: Livraria do Advogado, 2007.
- SILVA, J. A. **Curso de Direito Constitucional Positivo**. São Paulo: Malheiros, 2009.
- SILVA, L. F. C. B. A utilização da intervenção breve como ferramenta de manejo na Atenção Básica nos casos de consumo de substâncias psicoativas. In: SILVA, L. F. C. B. (Org.). **Saúde Mental no Cerrado: intervenções e reflexões em álcool e outras drogas no Distrito Federal**. Florianópolis: Bookess, 2014.
- SILVA, L. F. C. B. (2011). **Alcoolismo: do cálice que cala à escuta que liberta – o pedido silencioso de dependentes e abusadores de bebidas alcoólicas no acolhimento de um CAPS-AD**. Curitiba: Juruá.
- SLUZKI, C. E. (1997). **A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- SÓCRATES, A. B. Do sujeito à lei, da lei ao sujeito: o revelar das experiências subjetivas de envolvimento com a justiça por uso de drogas no contexto do acolhimento psicossocial. 2008. 182 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)-Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- WHITAKER, C. A.; BUMBERRY, W. M. **Dançando com a família: uma abordagem simbólico-experencial**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.

12. A PSICOLOGIA E A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL A USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Maria Inês Gandolfo Conceição

Márcia Landini Totugui

Através do presente texto, se pretende abordar o encontro da Psicologia, enquanto ciência e profissão, com a Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas no Brasil, enquanto importante área de atuação profissional no campo das políticas públicas. É imprescindível, para a constituição de um conhecimento sobre os cuidados relacionados ao uso de drogas no Brasil, uma contextualização histórica, política e social no processo de construção dessa política, além do lugar das práticas e do processo formativo da Psicologia nesse cenário.

Parece ser unânime o destaque da participação e do compromisso da Psicologia brasileira na garantia de direitos dos cidadãos e no processo de construção de uma sociedade mais justa e equânime. Contudo, historicamente, nas décadas de 1970 e 80, a Psicologia teve uma presença social muito restritiva, a serviço do cidadão com condições econômicas de acesso. Seus recursos voltados para a análise da cena institucional e política eram limitados, suas práticas tinham como foco a individualização de sintomas e a patologização das complexas questões sociais, o que a distanciava do exercício da vida pública, da cidadania e dos direitos humanos.

Entretanto, o processo brasileiro de democratização levou à Psicologia a urgente necessidade de se ressignificar nessa realidade e no campo transdisciplinar. A reivindicação de toda sociedade por um bem-estar social amplo e irrestrito, em que as distorções e desigualdades sociais pudessem ser minimizadas, trouxe à Psicologia a grande tarefa de se reconstruir junto com a própria história do país. As mudanças sociais brasileiras passaram a demandar práticas psicológicas mais inclusivas e menos descritivas e psiquiatrizadas, principalmente no interior das instituições sociais,

longe de uma formação assistencialista, domesticadora e patologizante das subjetividades. Na transição política brasileira, a Psicologia se implicou e foi implicada na constituição de propostas mais democratizantes, participativas e inclusivas, provocadoras de processos de subjetivação não-discriminadores e excludentes, voltadas à garantia de direitos e à superação das iniquidades existentes no País.

A Constituição Cidadã de 1988 foi o marco para a expansão da cidadania e possibilidades de ampliação das práticas da Psicologia junto a grupos populacionais antes excluídos ou segregados. Ao transversalizar as práticas sociais e institucionais, passou a contribuir para invenção de diferentes modos de vida, tanto na saúde coletiva quanto no processo de desinstitucionalização da loucura.

A elaboração do Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil gerou importante demarcação ética, com a presença do protagonismo e compromisso sociais da Psicologia na luta pela Reforma Psiquiátrica, em que a loucura passa a ser compreendida como um fato social a ser acolhido no convívio social, e não a ser institucionalizado nos manicômios. Práticas inclusivas, implícitas ou explícitas nas diretrizes do SUS, tomam grande expressividade na realidade brasileira, trazendo a perspectiva de engajamento nos espaços sociais e na vida comunitária de sujeitos, antes submetidos ao confinamento institucional ou domiciliar, característicos do modelo hospitalocêntrico. Nesse contexto, as práticas psicológicas passam a ser intersetoriais, inclusivas e geradoras de cidadania, na medida em que colaboram para romper com a exclusão do sofrimento psíquico e social e para sua inserção no contexto social e familiar, bem como para convocar a presença do Estado na construção de uma ampla rede integral de atenção e de cuidados. Uma rede inclusiva composta por serviços substitutivos abertos, em que a comunidade e o território passam a ser condição significativa no processo de subjetivação.

Durante muito tempo, houve expressiva mobilização da sociedade civil, juntamente com as políticas públicas, na consolidação e no fortalecimento dessa nova rede de serviços substitutivos de atenção e cuidados, e na minimização e extinção de espaços que ainda tendem a institucionalizar o sofrimento psíquico e social. Foram obtidos importantes avanços tanto na lógica de pensar e acolher o sofrimento psíquico, quanto na cobertura desses serviços em todo o país.

Apesar disso, é preciso lembrar que, duas décadas após implantada a Reforma Psiquiátrica, frente à ausência de políticas públicas claras e concretas de atenção voltadas para esse segmento populacional, tentam se firmar, cada vez mais fortes, práticas dominantes de cuidados eminentemente pautadas pelo modelo de abstinência. Práticas fortalecidas na perspectiva de um plano terapêutico hierarquizado, no qual o usuário muito recebe e pouco participa, firmada numa clínica impositiva, que nega a complexidade de fatores relacionados à questão do consumo de drogas. Isso porque, tendo como foco a desinstitucionalização do sofrimento psíquico, movimentos sociais e segmentos da esfera pública não perceberam a dimensão que tomava o fenômeno do uso de álcool e outras drogas, nem a urgente necessidade de que fossem debatidas as políticas psicossociais e desenvolvidas novas tecnologias de cuidado nessa área.

De um lado havia expressiva luta da sociedade civil e da esfera pública pela consolidação do SUS, da nova política nacional de saúde mental e de sua rede substitutiva; de outro avançava um fenômeno complexo, com graves implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas, que não poderia ser objeto de intervenções isoladas e reducionistas: o aumento do uso de álcool e de outras drogas.

Nos últimos anos, a Psicologia passou a ser convocada no cotidiano de uma nova rede de serviços substitutivos de atenção e cuidados em saúde mental, na implementação de ações de restituição de direitos dos chamados “loucos”. Mais recentemente, também marcou sua presença nos movimentos de contestação pela retomada do modelo asilar de caráter coercitivo e violento, agora voltado para os que sofrem de problemas decorrentes do abuso de álcool e outras drogas. Entra na cena social e política brasileira, uma vez mais, uma cultura hegemônica da exclusão, internação e medicalização, entranhada tanto nos profissionais das diversas áreas, quanto nos usuários e seus familiares. Na contramão de uma postura claramente higienista, somente poderiam ser desenvolvidas respostas que acompanhassem e se consolidassem nos princípios basilares da Reforma Psiquiátrica e nas diretrizes da rede de atenção e de cuidado do SUS.

Uma rede de atenção e de cuidados, com serviços substitutivos diferenciados, destinados ao atendimento integral das pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool e outras drogas foi impulsionada pelo Ministério da Saúde, em sua formulação de uma Política de Atenção Inte-

gral aos Usuários de Álcool e outras Drogas (BRASIL, 2003).

Trata-se de um marco teórico-político que chega para romper com abordagens patologizantes e segregatórias, historicamente conhecidas no Brasil, seja na esfera psiquiátrica seja na jurídica, pois é uma política de promoção, prevenção, tratamento e educação voltada para o uso de álcool e outras drogas pautada no compromisso ético de defesa da vida, construída, necessariamente, nas interfaces intra e intersetoriais.

Vale frisar que a construção e consolidação da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas se deu a partir da diretriz da Redução de Danos (RD), nos vários níveis de intervenção - primário, secundário e terciário -, em programas e ações voltadas para a prevenção de riscos e danos sociais e à saúde, bem como na Política de Promoção da Saúde.

As estratégias de redução de danos partem dos princípios de que não se pode esperar que se realize o ideal de a humanidade um dia prescindir de substâncias psicoativas, e de que é indispensável o desenvolvimento imediato de ações para diminuir os danos provocados para cada indivíduo e para a coletividade. Assim, a política de redução de danos visa ao desenvolvimento de uma série de ações no sentido de que o ideal é que os indivíduos não usem drogas, mas, se isto ainda não for possível, que o façam com o menor risco possível (MARLATT, 1999).

O impacto dessa nova Política voltada para o uso de drogas, transversalizada pela diretriz da redução de danos, se relaciona diretamente com a iniciativa de inclusão dos usuários de drogas na agenda pública do SUS. O conhecimento e as práticas da Psicologia têm papel fundamental na reconstrução de um novo pensar acerca das dimensões subjetivas e sociais do usuário de drogas, contribuindo para garantir uma participação mais ativa dessa população na construção de ações integradas voltadas para suas vulnerabilidades.

A construção da Política Integral voltada para usuários de drogas, a consolidação da nova rede de atenção psicossocial e própria história da RD no Brasil contam com a presença da Psicologia, colaborando na desconstrução de preconceitos e engessamentos, no desmonte de relações de poder, no trabalho de reflexão e produção de discursos democráticos e de garantia de direitos - inclusive do direito de continuar o uso e ter assegura-

do o acesso aos serviços do SUS.

Sendo a redução de danos uma abordagem baseada na aceitação e valorização das experiências dos próprios usuários, no respeito às diferenças, no acolhimento das contradições, da incompletude e do inacabado, é amplo seu encontro com as novas práticas da Psicologia ao lidar com o sofrimento físico, psíquico e social, em qualquer dos serviços da rede de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (TOTUGUI, 2007).

Esse novo estilo de fazer e de pensar o processo de subjetivação do usuário de drogas, a inserção social, o exercício político e as novas formas de estar no mundo, enfim, leva os psicólogos a assumir um novo lugar, em outra perspectiva ou outro paradigma da redução de danos, tanto no espaço institucional - como os CAPS AD, os hospitais gerais, as Unidades de Acolhimento -, quanto na rua - com os Consultórios na Rua ou outras equipes de abordagem social.

A consolidação da política brasileira de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas se dá por meio de uma rede definida como Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por uma série de serviços que buscam o acolhimento integral e integrado das múltiplas demandas trazidas por esse segmento populacional. A compreensão acerca da atenção psicossocial é norteadada pelos conceitos de território e comunidade, para os quais é dirigido o usuário e suas demandas de acesso à saúde e à inclusão social. A ética da autonomia, que referencia a construção de relações horizontais entre os diversos pontos de atenção e cuidados da RAPS, deve incluir os diversos atores implicados com a questão. Por isso mesmo, os profissionais da Psicologia devem compor e interdisciplinar com as diversas áreas das equipes de saúde nos CAPS AD, nos Consultórios Na Rua, nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), nos Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidades de Acolhimento (UA), além de integrar os dispositivos do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), os Projetos de Inclusão Produtiva e de Geração de Trabalho e Renda, entre outros dispositivos da rede.

Dentre outros serviços dessa rede substitutiva destinada ao atendimento integral de usuários de álcool e outras drogas, estão os Centros de Atenção Psicossocial a usuários de Álcool e outras Drogas (CAPS AD)

que, em seus projetos terapêuticos, abrigam práticas de cuidados flexíveis, inerentes à complexidade de fatores envolvidos, dentro de uma lógica de trabalho voltada para a redução de danos sociais e à saúde. Os psicólogos trazem suas práticas para atuarem de forma interdisciplinar no interior dos CAPS AD, nas ações de prevenção e de tratamento, com o compromisso social de fortalecer a redução de danos, como diretriz clínica e política, na perspectiva de uma clínica ampliada de base comunitária e territorial, muito longe de uma postura engessada que venha se sustentar no especialismo. A Psicologia tem estado no interior dos CAPS AD, no trabalho de mobilização da sociedade civil para participar das práticas preventivas, terapêuticas e reabilitadoras, como importante articulador de parcerias comunitárias.

O crescente e preocupante cenário epidemiológico do consumo de drogas no início do século XX, anteriormente citado, e as graves implicações de natureza diversa, principalmente na dimensão física e social, aos usuários e seus familiares, culminam na necessária expansão da Rede de Atenção Psicossocial, com a criação de modalidades e serviços capazes de acolher novas e específicas demandas nascidas no contexto de intensa desigualdade e vulnerabilidade social, mas também como consequência da produção e da oferta de novas, impiedosas e desconhecidas drogas, como por exemplo, o crack.

Surge, então, o CAPS AD III, novo componente da Atenção Especializada da Rede de Atenção Psicossocial, destinado a proporcionar atenção integral e contínua a pessoas com problemas decorrentes do consumo de álcool, crack e outras drogas, com funcionamento nas vinte e quatro horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

Há um novo desafio no interior desses dispositivos, para a atuação da Psicologia, que se concentra para recriar ou reinventar novas formas interdisciplinares de pensar e fazer o acolhimento integral do usuário de drogas, de forma a provocar e potencializar práticas, saberes e espaços transdisciplinares, muito além de uma intervenção psicoterápica individual.

Nesse mesmo tempo, as Unidades de Acolhimento (UAs) são criadas como outro equipamento na Rede de Atenção Psicossocial, como um lugar que oferece, temporariamente, acolhimento voluntário e cuidados

contínuos para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, em situação de vulnerabilidade social e familiar, e que demandam acompanhamento terapêutico e protetivo (BRASIL, 2012). A presença da atuação de psicólogos vincula-se à mobilização de ações voltadas para a garantia de direitos e deveres dessa população no espaço de convivência coletiva e sua mobilidade para outros dispositivos componentes da RAPS. As práticas psicológicas podem, ainda, durante a permanência do usuário na UA, seja criança, adolescente ou adulto, articular ações que visem garantir o direito de acesso a outras políticas públicas. É oportuno pontuar que, no trabalho com crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas, pode-se indicar os mesmos equipamentos pensados para atender usuários de álcool e drogas adultos no caso da atenção na rua. Nesse contexto, há que integrá-los com a comunidade e com equipamentos específicos voltados para crianças e adolescentes, como é o Centro de Atenção Psicossocial para crianças e adolescentes usuárias de álcool e outras drogas (CAPS ADi). Devem ser ativados intersetorialmente, como importantes aliados da rede de atenção, os serviços ligados ao sistema de educação, em um primeiro momento pela problematização do uso, e depois por meio de práticas inclusivas das crianças e adolescentes marginalizados do sistema de ensino (CFP, 2013).

Essa ampla participação da Psicologia nos diversos componentes da RAPS ocorreu, ao longo do tempo, no desenvolvimento de práticas de cuidado que têm como fundamento a defesa dos direitos humanos das pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, no trabalho de promoção da saúde e da qualidade de vida das pessoas e das coletividades.

A Psicologia tem a possibilidade de assumir papel estratégico para além da articulação e do fazer da RAPS, da assistência direta e da regulação de seus serviços. Muito mais que adaptar suas práticas, psicólogos saem do campo tradicional de atuação, criam novos postos de trabalho e investem na construção de políticas de relações que valorem a vida e permitam o protagonismo (GUARESCHI, 2007). Sua inserção na Atenção Primária à Saúde (APS) está focada numa abordagem integral do indivíduo e do seu contexto familiar e cultural. O trabalho intersetorial dos psicólogos junto aos profissionais de saúde praticado no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) permite um cuidado longitudinal, em que o usuário e a comunidade são acompanhados por estratégias dinâmicas de

atenção integral das pessoas atendidas pela Estratégia de Saúde da Família (ESF). As ações dos psicólogos que atuam na ESF buscam ter um impacto positivo na qualidade de vida das pessoas atendidas, a partir de práticas que estimulem a promoção e a prevenção em saúde, assim como ações curativas e reabilitadoras. No NASF, os psicólogos compõem a equipe que apoiará os profissionais envolvidos na Saúde da Família, a partir de diretrizes compartilhadas de trabalho, em que a interdisciplinaridade passa a ser importante componente para o trabalho clínico e comunitário, e a participação social atua como fortalecedora no protagonismo dos sujeitos.

O trabalho em conjunto com as equipes de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde visa a promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários de drogas, contribuindo na articulação dos recursos existentes nas políticas e redes intersetoriais, como a assistência social e educação, e também a formação de cooperativas que visem a inclusão produtiva de usuários de drogas e seus familiares.

Pode-se destacar Rauter (1995) que, ao problematizar a prática do psicólogo na rede pública, aqui considerando a rede de atenção psicossocial, traz a necessidade de que o profissional habite o paradoxo de sua função e construa estratégias provisórias e singulares, deixando de lado seu aprisionamento a uma mera identidade profissional, e se aprofundando nos problemas da subjetividade contemporânea e na produção de subjetividade e de suas políticas.

No encontro com as diversas manifestações coletivas dessa rede de atenção psicossocial, enquanto agente social, deve o psicólogo se deixar transformar e produzir uma política freireana de aprender a aprender, onde o saber pode ser problematizado e processado pelo movimento da construção, desconstrução e reconstrução de novas formas de trabalho e de subjetivação. A participação das Psicologia neste processo formativo que contribui na elaboração de estratégias que fortaleçam e consolidem a política de atenção a usuários de álcool e outras drogas, que põe em movimento e articulação a Rede de Atenção Psicossocial, passa, necessariamente, pela gestão compartilhada com gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

O princípio da integralidade preconizado pelo SUS e constante no cotidiano da RAPS torna imprescindível o envolvimento de vários atores, além da interdisciplinaridade entre as equipes e a intersetorialidade

de ações. O psicólogo, nesse contexto, oferece importante contribuição na compreensão contextualizada e integral do indivíduo, das famílias e da comunidade, na reestruturação da atenção psiquiátrica territorial, bem como na constituição de redes de apoio social e de serviços comunitários de suporte e de produção de cuidados. No entanto, e aqui não serão abordados os diversos fatores envolvidos, a articulação entre os diversos componentes da RAPS e a atenção básica é um complexo desafio a ser enfrentado ainda nos dias atuais, podendo a postura articuladora da Psicologia contribuir para a aproximação entre essas Políticas.

Diz-se que, de forma geral, a caracterização da atuação do psicólogo no contexto da Atenção Primária no Brasil, a exemplo do Consultório Na Rua, não atende às demandas da saúde coletiva, dada a difícil transposição do modelo clínico tradicional para a necessária contextualização da realidade do usuário em situação de rua e de intensa vulnerabilidade social. Se há verdade nisso, os profissionais de Psicologia enfrentam o grande desafio de redimensionamento de suas práticas, de complementação e efetiva flexibilização das tecnologias a serviço de suas atuações.

No âmbito do SUS, o Consultório Na Rua funciona articulado com a Política de Saúde Mental e a Atenção Primária à Saúde, com a proposta de atender a usuários de drogas em situação de rua (morador ou não), não alcançados pelas políticas públicas e pelos serviços de saúde. Tem como objetivo promover a acessibilidade a serviços da rede institucionalizada, a assistência integral e a promoção de laços sociais para os usuários em situação de exclusão social, possibilitando um espaço concreto do exercício de direitos e cidadania (BRASIL, 2010, p.10).

Parece haver grande mobilidade de lugar e de trabalho do psicólogo nos serviços da Atenção Primária (BRASIL, 2006a), a exemplo de sua inserção, participação e bom desempenho nas equipes matriciais de apoio - dos CAPS AD, por exemplo -, nas equipes de Saúde da Família, nas unidades locais de saúde e na comunidade de sua área de abrangência (ROMAGNOLI, 2006). Isso o possibilita interdisciplinar e integralizar sua prática, assumir o papel de profissional de saúde, como os demais, e sair do contexto de suposto especialista na atenção especializada.

Registra-se, ainda, a presença da Psicologia na atenção terciária, nas equipes dos serviços psicossociais especializados na questão de álcool e

outras drogas, localizados no interior de hospitais gerais. Cabe esclarecer que estão previstas enfermarias nos hospitais gerais, com leitos específicos para o cuidado de usuários de álcool e outras drogas. São leitos para internações específicas voltadas para o tratamento de complicações graves decorrentes do abuso ou dependência de álcool e outras drogas, considerados, portanto, como importantes componentes de apoio da RAPS.

No cenário da promoção da saúde como vertente da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, as práticas da Psicologia são importantes espaços de promoção e manutenção da saúde, e de prevenção e tratamento das doenças. Sua atuação volta-se ao processo de capacitação da comunidade, de forma a buscar a fusão da saúde e bem-estar, além de estratégias para melhores condições de vida biopsicossociais. A inserção do psicólogo na política de promoção da saúde no contexto do consumo de drogas se dá pela via de uma prática educativa orientada para a melhoria da qualidade de vida, que vise o cuidado, a humanização e a qualificação da atenção à saúde. Tais ações não são de domínio exclusivo da Psicologia. Entretanto, sua execução, muitas vezes, tende a ser direcionada aos profissionais psicólogos, que devem provocar a busca de autonomia pelos sujeitos e pela coletividade.

Conclui-se que a função da Psicologia não deve ser apenas as práticas clínicas, mas também a saúde pública, embora esta tenda a modificá-las durante as ações da vida cotidiana. Assim, no âmbito da Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, o psicólogo deve dimensionar seu trabalho e intervir intensamente nos diversos aspectos da vida do usuário, sempre preservando o caráter ético e político de suas ações.

É possível perceber que adentrar o campo das políticas sobre drogas é fazer uma imersão em um espaço de conflitos, e de competição de saberes e de práticas. Apesar do cenário de avanços e retrocessos, a Psicologia tem conseguido fomentar e manter uma discussão no plano coletivo, tanto nas áreas de atuação, quanto na ampliação dessa pauta para as dimensões ética e política em que se encontra implicada. (Nascimento, 2001).

Referências

BRASIL. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL.Ministério da Saúde. SAS/CNSMAD. **Consultório de Rua do SUS**. Brasília:Ministério da Saúde, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências técnicas para a atuação de psicólogos/os em políticas públicas de álcool e outras drogas**. Brasília, DF: CFP, 2013. 88 p. Disponível em: http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2014/01/CREPOP_REFERENCIAS_ALCOOL_E_DROGAS_FINAL_10.01.13.pdf. Acesso em: 20 Set. 2015.

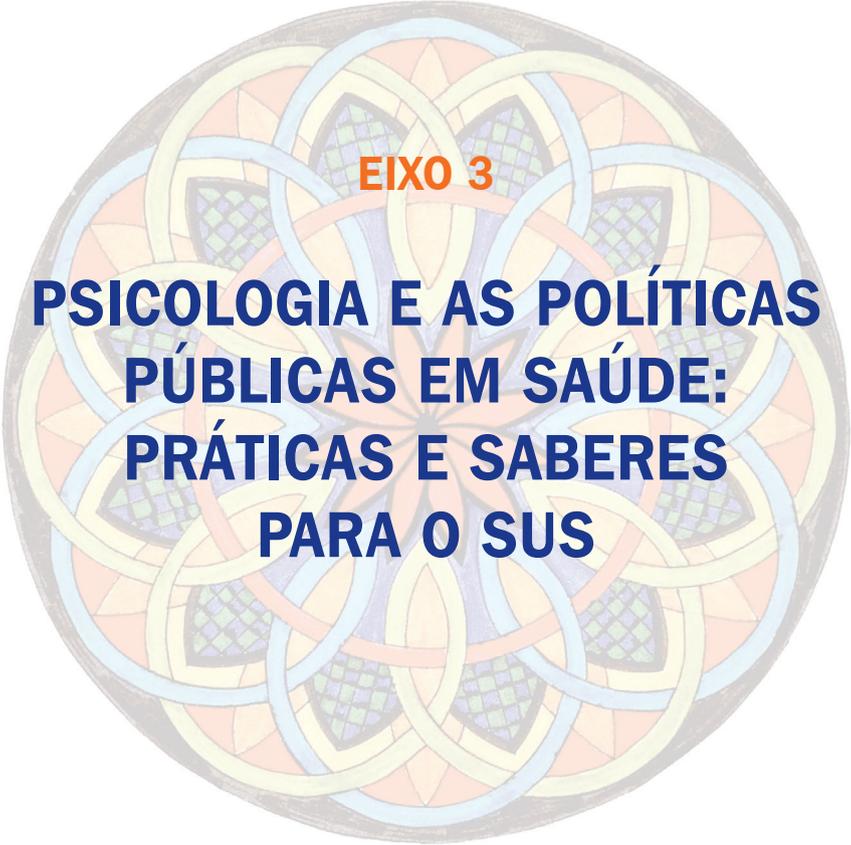
MARLATT, G. A. **Redução de danos**: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

NASCIMENTO, C. et al. O psicólogo e as políticas públicas. **Entrelinhas**, Porto Alegre, n. 6, ano 1, jan./ev, 2001.

RAUTER, C. (1995). O psicólogo e sua inserção na área de saúde. **Revista do Departamento de Psicologia**, v.7, n.2/3, p. 70-74, 1995.

ROMAGNOLI, R. C. **Famílias na rede de saúde mental: um breve estudo esquizoanalítico**. Psicologia em Estudo, v. 11, n. 2, p. 305-314, 2006.

TOTUGUI, M. L. Possibilidades integradoras da redução de danos na perspectiva da complexidade: estudo teórico clínico no contexto da psicoterapia de dependentes de drogas. 2009. 194f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)-Universidade de Brasília, Brasília, 2009.



EIXO 3

**PSICOLOGIA E AS POLÍTICAS
PÚBLICAS EM SAÚDE:
PRÁTICAS E SABERES
PARA O SUS**

13. PSICOLOGIA E POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: REFLEXÕES SOBRE A HUMANIZAÇÃO NA GESTAÇÃO E NASCIMENTO

Cathana Oliveira

O texto aqui desenvolvido ganhou forma a partir da fala apresentada no I Encontro de Psicologia e Políticas Públicas em Saúde: Experiências, Reflexões e Interfaces na Universidade de Brasília. Entendo que este encontro foi de fundamental importância para todos os envolvidos - estudantes, professores da universidade e trabalhadores convidados – pois deu espaço a um pensamento integrativo, intersetorial e crítico sobre a interface da Psicologia com as Políticas Públicas nesta Universidade, sua cidade de origem e campo de construções práticas. Um olhar sobre o ensino-educação e o cuidado na construção das Políticas Públicas em Saúde.

O título da mesa a qual fui convidada a compor foi Política Nacional de Humanização, e achei fundamental situar isso a você, leitor, para que possa compreender a forma de construção desta narrativa, que se deu a partir de uma composição de fala dialogada entre três convidados com o tema da Humanização do Parto e Nascimento.

Minha opção no desenvolvimento deste texto foi manter o máximo possível a fala proferida no momento da mesa, na qual fui clareando e organizando alguns pontos de vista e mesclando com composições teóricas que apontam os caminhos por onde percorri para encontrar-me com as opiniões expressas.

Então, discorrerei neste texto sobre a Política Nacional de Humanização (PNH) e seu cruzamento com a Psicologia. Algumas ideias sobre a organização do trabalho em Saúde, as equipes multidisciplinares e um certo lugar ético-político da Psicologia em relação com as demais ciências da Saúde. Finalmente, sobre o atual momento das práticas de cuidado e as ditas boas práticas de parto e nascimento, que marcam um lugar ético do cuidado e da clínica.

Psicologia, Políticas Públicas e Humanização

Quando fui estudar para esta fala, pensar a partir do convite recebido, tornou-se importante situar que havia estado em dois momentos de roda de conversa com uma turma da UnB que à época, 2013, cursava a disciplina Psicologia e Políticas Públicas. Lá discutimos um pouco sobre política de Humanização e, depois, fizemos um estudo de caso de hipercomplexidade de ação junto a um hospital. Mexemos com estes psicólogos que estão trabalhando e estudando sobre isso, seja no Ministério da Saúde (MS), seja na Universidade, em qualquer campo de práticas que se apresentava a cada um de nós naquela ocasião.

Então imaginei que o mais interessante seria essa fala entrar, também, dialogando entre políticas de humanização e esse tal papel do psicólogo, abrindo convite pra que possamos pensar e conversar um pouco sobre isso. Tentei trazer esses dois temas interligados, e me senti convocada a estudar algumas coisas, procurar conceitos que nos aproximassem disso sem cair somente em uma discussão identitária da Psicologia - categoria da qual também faço parte. Buscamos fazer da escrita também parte de uma prática protagonista e com foco na potência de ação com a qual os profissionais da saúde podem encontrar-se. Por isso, sustentar essa ideia que tenho mais clara agora de não separar teoria e prática, a clínica da política, o afeto do cuidado. Ela pode parecer muito simples enquanto fala, mas carrega em si a complexidade prática, que nos exige uma firmeza da ordem do fazer com a sustentação da diferença no cotidiano das ações. Nessa nova busca me encontrei com um texto muito bom da Regina Benevides que se chama exatamente “A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces” (BENEVIDES, 2005), e acho que será interessante porque faz recortes semelhantes aos que estava propondo a pensar neste encontro.

Estamos falando de Políticas Públicas de Saúde, que dialoga também com as Políticas Públicas sociais, jurídicas, de Assistência Social, que são diferentes campos de políticas públicas que podem ser debatidas, muitas vezes se interligam. Aqui, nós falamos diretamente da Psicologia e Política Pública de Saúde, seguindo pela provocação que a Regina Benevides (2005) trouxe no trabalho dela, e ampliando a reflexão para dar sequência ao debate. A Regina é uma das autoras que se faz presente na construção e na escrita da PNH, tensionando e apresentando direções que uma psicólogo-

ga pode encontrar na imersão das práticas de Saúde Pública.

Apresento de maneira sucinta os princípios da PNH, pois falo do lugar de apoiadora desta política e estes princípios serão importantes no desenvolvimento do diálogo proposto com o texto de Regina Benevides (2005), que se encontra também dividido em três eixos norteadores.

Efeito de lutas e disputas no campo da saúde no Brasil, a PNH tem como alvo principal a consolidação do SUS, a partir do reconhecimento de experiências dos estados e municípios para implementação de cuidados em saúde acessíveis e sensíveis às diferentes necessidades da população. É assumida enquanto política pública¹, aposta na possibilidade de transformação das práticas de gestão e atenção à saúde, assumindo uma postura ética-estética-política de reconhecimento dos sujeitos envolvidos nos processos de saúde-doença, de acolhimento do desconhecido, de respeito a usuários e trabalhadores como cidadãos portadores de direitos. Produz movimentos nas relações de saber, poder e afeto dentro das instituições a partir da proposição de arranjos e apoio ao desenvolvimento da democracia institucional e práticas de gestão cogéridas, mostrando que intervenções nas práticas de gestão e atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos (trabalhadores e usuários).

Organiza-se com base em três grandes princípios, em torno dos quais busca executar seu método de trabalho – chamado de tríplice inclusão: 1) transversalidade; 2) indissociabilidade entre atenção e gestão; 3) protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos sujeitos e dos coletivos. Estes desdobram-se em diretrizes temáticas de trabalho, que servem como conceito-ferramenta na busca de sustentabilidade e organicidade às intervenções institucionais aglutinando temas de relevância na saúde pública brasileira com expressão prática na criação de metodologias de intervenção. Alguns exemplos que atualmente acreditamos expressar o método

1 Política pública enquanto ponto de intersecção entre a política de governo (organização para operacionalização circunstancial e demarcada pelo tempo de mandato público) e política de estado (organização para ações de caráter sistêmico ou estrutural). Viemos então para dar caráter público, não fugaz (ou limitado a transitoriedade de um governo) e não ultrapassado ao que se constrói, muitas vezes, baseado na repetição e conservadorismo.

da inclusão com potência para formar arranjos de cogestão são a clínica ampliada, valorização do trabalho e do trabalhador, Ambiência na Saúde, Defesa dos Direitos dos Usuários, construção da memória do SUS que dá certo, etc².

Estas diretrizes são desenvolvidas em acordo com a aplicação criando dispositivos com proposta de serem replicáveis – porém sempre com ajuste à leitura de cenário social e institucional e solicitação feita - em qualquer serviço ou instituição de saúde em que trabalhadores – apoiadores que compreendam ou desejem produzir intervenções no sentido proposto pela Política estejam inseridos. Não se trata, portanto, de uma política com direcionalidade única, mas sim com proposta de desenvolvimento a partir da construção conjunta entre o pensar e o agir, podendo assim recompor suas diretrizes e dispositivos conforme se encontra com novas práticas que possam falar da aplicação de seu método. Baseia-se na escuta e composição entre trabalhadores, usuários e gestores, buscando a inclusão de todos os atores do SUS em uma grande roda de debates, tomando com radicalismo a ideia de humanizar como aceitar e construir um sistema de respeito mútuo, acolhimento da diferença e singularidade na vida e coresponsabilidade pela melhoria das práticas de gestão e atenção no SUS.

Dando seguimento à proposta de debate com o texto de Benevides (2005), o primeiro princípio citado, já costurando meu ponto de vista a partir das experiências desenvolvidas, da inseparabilidade entre a clínica e a política aponta para uma preocupação que deve estar evidente: o cuidado em ampliar e debater o tema da própria formação em Psicologia de forma intrínseca ao debate ampliado de educação de profissionais para o SUS. Segundo Benevides (2005):

com a inserção do trabalho do psicólogo no debate sobre modos de intervenção que se façam para além dos enquadres clássicos de uma clínica individual e privada, ou mesmo de uma psicologia social que mantém a separação entre os registros do individual e do social(...). (p. 21)

2 Pode-se explorar mais os princípios, diretrizes e dispositivos da PNH em Documento Base para gestores e trabalhadores do SUS (BRASIL, 2008).

Compreendendo que todo sujeito sobre o qual estudamos - e em debate falamos de diferentes situações pelas quais as pessoas passam: a adolescente quando se descobre grávida, ou a mulher que está gestando, o pai que precisa se situar nisso, os novos avós que aparecem na história, e os próprios trabalhadores que atuam nas unidades básicas ou dentro do hospital – precisam ser pensados sempre como sujeitos que têm seu cenário de vida. Em alguns momentos, a Psicologia se separa disso, pois vai para onde está um indivíduo pequeno, isolado e construído como portador de uma subjetividade individualizante. E a perspectiva *psi* pode se perder no seu mundo circunscrito de estudo, que desconsidera fatores importantes da construção social, institucional, subjetiva a que se dispõe a estudar.

Assim, a primeira coisa que devemos fazer é afirmar isso: olhar esse sujeito no seu próprio cenário de vida e pensar que aquilo que vamos trabalhar é a garantia dos direitos que sejam pertinentes à singularidade (e não misture aqui com individualidade), e não os direitos que o sistema produz e acredita que devam ser aceitos, que na saúde são pré-estabelecidos em protocolos generalizantes das formas de cuidado. Outra coisa que considero importante falar dentro dessa ideia de inseparabilidade é entender que também somos militantes da construção desse olhar mais amplo e atento, da retomada desse sujeito social. Essa composição de corpo e subjetividade que forma o sujeito, e que não vem só do que é exterior, mas que encontra pontos de conexão com o interior, formando a manifestação que devemos escutar para poder pensar o cuidado que ofertamos. Considerando que somos formados na família, na sociedade, pela política, pela economia, e o encontro disso tudo em um corpo que aqui chamo de *sujeito*.

Essa visão e compreensão interferem diretamente no que se percebe atualmente como atendimento clínico em Saúde Pública. As práticas de biopoder tornaram-se crescentes e acabam sendo colocadas no lugar das práticas de cuidado, fazendo com que o diagnóstico ganhe a dimensão do cuidado, e o exercício da clínica uma indicação de tratamentos e formas de agir que devem levar ao não adoecimento e à cura.

O atual modelo assistencial se desenvolveu ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico industrial, que mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia. O atual

descuidado com a saúde gera um excesso de encaminhamento para especialistas e alto consumo de exames, tornando os serviços pouco resolutivos, pois a assistência desse modo é incapaz de atuar sobre as diversas dimensões do sujeito usuário (CAMPOS, 1992; MERHY, 1998; FRANCO, 1999).

O desconhecimento do sujeito, a falta de uma escuta qualificada e pautada em um modelo de atenção a saúde centrado na pessoa na composição histórica e vivencial que o subjetivo ignora importantes fatores determinantes para compreensão dos eventos da produção de vida, inclusive o adoecimento. Há um imaginário de que o atendimento bom é aquele pautado em consultas cada vez mais especializadas, medicamentos e exames sofisticados. Torna-se necessário então uma nova organização dos serviços de saúde, a fim de tornarem-se centrados nas necessidades e cuidado de trabalhadores e usuários.

A posição de escuta e consideração destas necessidades no dia-a-dia de trabalho como psicólogo e profissional do SUS requer uma postura ético-política. A grosso modo, uma postura que considere toda ação clínica como política e vice-versa. Conduzir ações que considerem o sujeito desta maneira aqui descrita, dentro do que consideramos como a clínica psicológica da saúde pública ganha um status de militância dentro da Psicologia e das instituições nas quais trabalhamos.

Equipes Multiprofissionais de Saúde – Intercessão dos Saberes

A organização dos serviços em equipes multiprofissionais advindas de diferentes modelos de organização de atenção à saúde reforça seu valor no Brasil a partir das diretrizes para o exercício profissional no SUS, sendo apontada em diversas discussões relativas ao aumento da qualidade do trabalho e da formação de trabalhadores e já prevista também na formação acadêmica através das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de formação da área da saúde. (Ceccim, 2006)

Outro ponto importante de ser considerado, fala comum entre muitos trabalhadores da saúde: “quando se trabalha em equipe é muito melhor, é

legal”. E é muito legal, se conseguirmos perceber que muitas das coisas que importam no cuidado estarão sempre para além da especificidade das profissões que compõem a equipe multiprofissional. Além disso, estarmos atentos, pois, apesar de essa forma de organização do trabalho ser um espaço propício para as trocas, nem sempre isso se torna possível, devido à postura profissional que valoriza heranças das formações acadêmicas em que prevalece a lógica dos saberes especializados e fragmentados.

A beleza do trabalho em equipe deve vir do entendimento de que o fundamental está na ampliação dos pontos de vista, do abandono das ideias cristalizadas de cada núcleo³ profissional, o que leva a produzir opções de vida na saúde das pessoas. Isso se torna mais eficiente quando trabalhamos buscando aceitar essa diferença entre saberes reconhecendo que cada saber tem um poder sobre o corpo; a Medicina baseia-se nas questões orgânicas, a Enfermagem desenvolveu-se esperta nos procedimentos e acompanhamento mais cotidiano das questões de cuidado e recuperação do corpo, a Nutrição desenvolve maneiras de produzir transversalidade entre os tratamentos propostos e os recursos alimentícios locais, por exemplo, e a Psicologia busca ofertar um acompanhamento baseado na escuta e nas formas de prevenção e adesão aos tratamentos pactuados.

O que se precisa antes de tudo reconhecer é que estamos lidando com um único corpo formado por diferentes saberes. E aqui cabe situar o que quero dizer sobre o corpo e a composição dos saberes multiprofissionais: a concepção que temos na Saúde Pública e utilizada desde o séc. XVIII, em geral, está baseada no corpo como uma estrutura ou sistema em funcionamento, como definido por Foucault (2003) em “O nascimento da Clínica”, um corpo ‘anátomo-clínico’. Compreender que o corpo é mais do que um somatório de órgãos com funções distintas e que devem ao mesmo tempo se manter harmônicas e permitir a inclusão dos gestos, das relações sociais, das formas de ocupação no mundo, dos afetos. E esta é uma das ideias que precisamos assumir quando nos referimos à beleza e à impor-

3 Campo e Núcleo são conceitos desenvolvidos por Campos (2000) considerando uma diferenciação entre os núcleos de saber, mas ao mesmo tempo a importância da reconstrução e reformulação permanente dos núcleos de saber e suas práticas a partir da experimentação no campo comum das ações em saúde.

tância do trabalho multiprofissional, que dá base para repensar a clínica e colocar o cuidado como tecnologias leve de produção de um conceito ampliado e multidisciplinar de saúde.

Saberes e corpos dotados de subjetividade viva, e é essa possibilidade de lugar no saber da Psicologia que permite transversalizar, poder ofertar o cuidado deslocando o olhar para além desse saber específico que cada profissão já tem dentro do campo da Saúde. E, dessa forma, eu exponho dois exemplos que me são muito caros, de aprendizados de campo.

O que Tem isso a Ver com a Humanização?

Entender como a formação de trabalhadores que tenham uma postura ética-política deve estar, acima de tudo, ligada na produção de um cuidado centrado no sujeito. O sujeito trabalhador que habita e constrói a vida das suas instituições e o sujeito usuário de SUS. Ocupar o lugar de questionar o que é instituído e então permitir que a clínica ajude na construção do reconhecimento de que as pessoas têm sempre diferentes opções e dimensões na vida, produzindo brechas no discurso do cuidado, vigente e protocolar, por onde ele possa fugir desse molde de captura da diferença. Assim, entender como uma adolescente que perdeu seu bebê se comunica, voltando também o olhar para o evento social que era esta adolescente, moradora de comunidade de baixa renda que, ao não conseguir ter seu bebê, adiou sua autonomia de se casar e fazer seu ‘puxadinho’, por exemplo. Quero dizer que não podemos separar isso na hora de oferecer nosso cuidado a essa menina, e entender que as pessoas são plurais e teremos que ampliar a percepção para compor com os múltiplos significados da perda de um bebê, e assim pensar o cuidado respeitando essa individualidade.

Começamos, então, a avançar nessa ideia de uma Psicologia que vai buscar aceitar e se encontrar com uma realidade que é experimental, e não somente representacional, se jogando em um campo de quem está fazendo e descobrindo “o norte” simultaneamente, ajudando a pessoa a descobrir as possibilidades que ela tem independente do tempo- se é uma criança, um adolescente, se é um adulto. Quando alguém vai buscar terapia, quando alguém procura a Psicologia, esse alguém está precisando de apoio, está em certa limitação das opções de percepção de produção de vida. Não

vamos ficar só ouvindo o que é apresentado por ele; vamos fazer isso *também*, mas vamos principalmente ajudar essa pessoa a se reencontrar com aquilo que há de mais importante e valioso: sua própria vida, as opções que tem, as diferentes formas em que pode viver e ser feliz... Então, o encontro com essas maneiras de subjetivação a que Regina Benevides (2005) se refere, é um dos fatores, que tem a ver com a criação - deixar de ser repetitiva - a retomada da potência de alguém que pode criar dentro da própria vida.

Resgatar esse sentido é trazer autonomia da pessoa sobre seus próprios direitos, seu corpo, seu saber em Saúde e, em última instância, sobre suas próprias escolhas de vida. O sujeito que deixa de ter um rol de escolhas variadas, de perceber as possibilidades de experiências e escolhas de vida, vai ter limitações para entrar no Sistema de Saúde e problematizar, fazer uma discussão sobre tudo que de controlado, protocolado, produzido socialmente como a melhor demanda e oferta, incrementando o que pode ser construído como cuidado. No caso de uma mulher que não consiga entender seu próprio corpo, tanto organicamente quanto nas suas formas de expressão, diminui sua possibilidade de ser autônoma. Sem entender as opções de vida que ela tem, não vai conseguir chegar no momento do parto e reportar o cuidado a sua própria história, questionando as práticas protocolares que estão sendo oferecidas, pois entra com baixa possibilidade de protagonismo no debate de seu plano terapêutico. Então, quando se está no papel de psicólogo – que tem uma responsabilidade pelas práticas de cuidado com especificidade diferente de outras profissões – deveríamos tentar resgatar essa capacidade de conhecimento e criação que traz autonomia.

Aqui, finalmente faço um convite para que possamos pensar o lugar da nossa especialidade, já colando na ideia de que nenhum saber isolado vai compreender o sujeito como um todo, e muito menos o saber que é exclusivamente científico-acadêmico.

Outro importante conceito que utilizei para sair do lugar de paralisção e tristeza por dar-me conta da árdua batalha que temos que fazer como profissionais de Saúde que pensam de maneira diferenciada. Aprendi essa palavra em um encontro de ativistas com caminhadas pela América Latina e ela sempre fez muito sentido para mim, mesmo antes de saber que se referia inclusive a um conceito que já tem escritos e descritores publicados. Quero falar da Alegria.

Segundo Monsalvo (2014, p. 1):

a medicina moderna e científica usa a terminação de “emia” para indicar valores de produtos químicos que foram medidos no sangue de pessoas. Existe um conceito estatístico de ‘normalidade’, com uma curva de distribuição e certas medidas de expressão e frequência disso.

Pegamos de empréstimo então, da matemática, uma curva padrão para determinar o que é chamado de “desvio padrão”, e assim o que é possível de ser percebido e compreendido entre dois pontos, valor mínimo e máximo, delimita o que chamamos de normal e nos dá condições de pensar no desvio padrão. Isso criou a ideia de que a saúde tem “normal” padrão e o que se desvia este “normal” é a doença. É claro que existem pequenas doenças que podem curar-se, algumas são moderadas e outras graves e mais dramáticas. Entretanto, na Medicina Preventiva trabalha-se já com uma ideia um pouco mais flexível, de que a saúde é mantida em desvios normais e se você voltar para o mesmo ou mais ou menos próximo. Conforme conseguimos nos encontrar com o equilíbrio entre as formas de expressão da Medicina no mundo, a percepção de que nós compartilhamos desta página é que a saúde pode estar ficando mais saudável. Por isso a proposta é o indicador “Alegremia”. Essa é a alegria que mexe com a nossa corrente sanguínea e das radiações protoplasmáticas (são átomos!) É transmunta nos rostos brilhantes e estrelas em seus olhos”.

Ele nos diz que a saúde vem a partir da vida em comunidade, ela nasce quando a pessoa se sente pertinente a alguma cultura, e a própria natureza que a acolhe... Trata-se de uma somatória de ciências, e tem determinadas forças, preços, sobre os povos e as práticas que se dedicam a fazer. E são essas as questões que vim tentando colocar em evidência, mostrando que não podemos isolar seja quem for da cultura, do espaço e tempo que o produz para chegar nas melhores práticas científicas de cuidado. Quero dizer aqui o quanto é importante que tenhamos um olhar gentil e cuidadoso conosco mesmos e com quem cuidamos. Que nós mesmos como estudantes e como trabalhadores estamos a cada dia aprendendo as maneiras que pensamos sobre cuidar quando nos colocamos em relação com as pessoas. Não há protocolo que fale desse respeito as diferenças e pertencimento que devemos seguir!

Outro conceito que se junta a esse é a Amorosidade, que agora começa a ser publicado na Política de Educação Popular. Neste importante marco para orientação do trabalho do SUS a amorosidade aparece definida como “ampliação do diálogo nas relações de cuidado e na ação educativa pela incorporação das trocas emocionais e da sensibilidade, propiciando ir além do diálogo baseado apenas em conhecimentos e argumentações logicamente organizadas” (BRASIL, 2013, p. 1). Para quem não teve a oportunidade de ler, vale muito a pena, e pra nós (falando aqui do lugar de uma trabalhadora do Ministério da Saúde em sua esfera Federal), foi uma grande alegria saber que o Governo adotou em uma política a amorosidade, a importância que isso tem no cuidado, no carinho, que não pode seguir separada ou fora da ciência, mas que agora que começa a ficar aparente, a surgir brechas pra podermos discutir sobre isso.

Por fim, trago aqui a costura das provocações que a Política de Humanização faz aos trabalhadores de Saúde, que nos inclui enquanto psicólogos, para fazer um fechamento no foco do trabalhador/humanizador/psicólogo na Saúde Coletiva. Eu trouxe alguns elementos para que pudéssemos, então, pensar sobre a humanização desde o atendimento da mulher gestante e os partos humanizados. Recomendo então a leitura do capítulo de Patricia Lorraine, que na mesa de debate relatou com muita beleza as experiências com parteiras, doulas, e condições mais naturais e humanas em diferentes culturas – publicada também neste livro. Faltou apenas falar brevemente da atual estratégia de organização do atendimento à mulher e recém-nascido no Brasil que é a Rede Cegonha (RC).

O parto humanizado é muito mais antigo do que pensamos, parte da escolha por práticas naturais e simples, e por isso aponta que não podemos seguir considerando que o avanço da ciência e da tecnologia para casos específicos pudesse ser generalizado e que isso se tornaria a garantia de que a ciência pudesse abrir mão das tecnologias leves de cuidado, da alegria que tem que atingir trabalhadores e usuárias, da amorosidade e tempo de dedicação que realmente podem conduzir um parto. Nos perdemos disso em meio a tantas disputas de sabedoria e poder. Então, coube neste momento ao Ministério da Saúde através da Área Técnica de Saúde da Mulher e Área Técnica de saúde da Criança, conjuntamente com a Política de Humanização – neste caso na produção transversal conjunta – a desenvolver uma estratégia que facilite a formação de uma rede de cuida-

dos para proporcionar às mulheres planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério. Assegurando, também, às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A RC vem para reforçar a necessidade e garantia de acesso, e assim ampliar o olhar para dentro das próprias práticas de saúde foi fundamental para melhorar e assumir a escuta e a consideração as diferentes escolhas, venham estas da origem que for pertinente para aquela mulher, – será sempre o que devemos chamar de parto humanizado.

No trabalho da humanização no Brasil, que iniciou junto ao Programa de Qualificação das Maternidades (PQM) e hoje segue com atuação direta na formulação e execução da RC, destaco a importância dos estudos de construção do mapa de vinculação das gestantes, que é desenvolvido em alguns municípios – onde estudamos o caminho que a mulher faz desde o lar até no hospital ou casa de parto, passando pelas unidades de saúde e outros serviços onde possa ser atendida buscando gerar o acolhimento em rede e responsabilização conjunta entre os serviços. Quanto mais segura ela estiver, mais vínculos ela consegue criar no Sistema de Saúde, com seu acompanhante e família envolvida no atendimento gerando maior e melhor capacidade de escolha. E dois importantes dispositivos que buscamos para dentro dos hospitais são a visita aberta – para que a mulher possa entrar e circular com seu acompanhante e familiares durante o pré-parto, parto e pós-parto, que tal a figura seja a de um companheiro ou uma companheira, a presença de uma amiga, ou algum familiar que possa estar com ela nesse momento. O fortalecimento da construção de espaços de trabalho mais saudáveis acolhedores - valorizando a diretriz de ambiência na saúde - inferindo na escrita das RDC junto a ANVISA e outras legislações voltadas aos trabalhadores.

Já enquanto profissionais e formadores de opinião, transmissores de valores e de histórias com importância na decisão de um usuário que nem sempre consegue expressar adequadamente suas necessidades, estamos falando de um trabalho que começou a pensar na mudança e o resgate do valor da vida social e cultural. O reconhecimento do lugar da mulher, da mulher se reconhecer como protagonista disso que vai ser vivido e também poder fazer escolhas – inclusive se deseja fazer um parto cesáreo – construir e ter relação de apoio nessa construção. Todo o trabalho do parto da

mulher deve ser para ajudá-la a ser autônoma na sua escolha, porque viemos todos de uma sociedade em que partes desta subjetividade feminina vêm sendo suplantadas o tempo todo. Vemos inclusive ofertas muito claras das ‘melhores’ maneiras de parir – as mais fáceis, as mais seguras, mais efetivas, aquelas que a ciência comprova em números e dados – e a mulher chega num momento em que ela nem sabe o que pode, o que tem força e o que terá condições de fazer no momento de ganhar seu bebê. E não se pode permitir que isso aconteça simplesmente porque ela não conhece algumas dimensões de si mesma e das formas de parir.

Algumas Considerações Finais...

Quando falamos do parto humanizado, estamos começando a atuar socialmente, culturalmente, porque muito do que se trabalha no parto humanizado são práticas antigas, práticas tradicionais que devolvem à mulher a liberdade e a escolha sobre seu próprio corpo e protagonismo no momento de dar a luz. O parto será sempre um momento de passagem, de emancipação e de empoderamento que pode ser feito de muitas maneiras, e em cada sociedade será visto com detalhes diferentes apesar de sua direção única de crescimento e descoberta feminina. Como profissionais, temos que começar a tornar cada ato de descoberta e respeito às diferenças: público, de maneira mais justa e evitando uma série de violências e vícios que comumente vemos em nossas formas de atendimento nos hospitais, unidades de saúde e consultórios particulares.

Se a parturiente quiser ir para o hospital, podemos entender que isso também faz parte do rol de escolhas; mas tal naturalização, esse caminho que foi tão comumente construído precisa ser revisitado com paciência e olhar atento a cada mulher. A mulher-sujeito no seu cenário construindo a sua escolha e, finalmente, protagonizando a criação do seu próprio/novo corpo, tendo condições de controlar sua vida, mesmo dentro de um Sistema de Saúde que coloca tantos contornos, tantos poréns, tantos saberes, tantos poderes de políticas, mil poderes, mil políticas, e tudo isso incidindo sobre nossos corpos de mulher! Na nossa forma de existir, e se comportar! A Psicologia e a Humanização nas políticas de Saúde precisam no ajudar a fugir da captura e ditadura da generalização, para que dentro do Sistema de Saúde, voltemos a ver o que o que é bonito é plural.

Assim, encerro estas breves considerações, quase com uma vírgula, para não fechar o movimento de tantas reflexões que abrimos nesta escrita. Espero que as considerações tenham ajudado a abrir os campos e espaços de reflexão. A escolha por uma ampla gama de citações e considerações sobre o cuidado, a gestação e o parto, foram feitas para conduzir a linha de uma humanização mais real, feita de pensamentos e atos cotidianos em cada serviço de saúde, comunidade e relações interpessoais, considerando presença dos atos políticos-éticos e estéticos nas nossas relações com a Psicologia como um partear de atos de produção de saúde e valorização do feminino na criação da vida. Agradeço sua leitura!

Referências

- BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre , v. 17, n. 2, p. 21-25.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 4. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Ambiência**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: DF, 2010.
- BRASIL. **Política Nacional de Educação Popular em Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Brasília: , 2013.
- CAMPOS, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 259-278.
- FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2003.
- MONSALVO, J. (n.d). Alegremia. Disponível em: <http://www.altaalegremia.com.ar>. Acesso em: Mai 18 2104.

14. HUMANIZAÇÃO DO PARTO: POLÍTICA PÚBLICA, REALIDADE OBSTÉTRICA E PSICOLOGIA

Patrícia Loraine Miranda Ribeiro

Antes de discutir a política pública nacional sobre parto, é importante perceber o parto como um fenômeno que interessa à Psicologia por ser mais do que um processo biológico: é um ato humano e complexo, permeado por construções simbólicas individuais e coletivas. O parto é, principalmente, um momento da vida sexual da mulher. Individualmente, pode ser vivido como uma experiência sagrada, intensa e transformadora (NOGUEIRA, 2006). Segundo a antropóloga Robbie Davis-Floyd (apud DINIZ, 2002), o processo de nascimento é organizado nas diferentes culturas como um rito de passagem que reflete os valores daquela sociedade.

Sendo o parto um momento da vida sexual da mulher, é um evento que se relaciona com os direitos reprodutivos femininos. Estes vêm sendo tema de luta dos movimentos de mulheres e abarcam aspectos como planejamento familiar, aborto, apoio social e econômico, educação de gênero, entre outros. Neste capítulo vamos nos ater ao momento do parto, sabendo que ele se insere em um contexto mais amplo da saúde da mulher.

O movimento pela humanização do parto começou mundialmente a partir das iniciativas dos diferentes atores envolvidos na cena do parto, como pessoas que realizavam atendimento à parturição, grupos organizados de mulheres, grupos das ciências sociais e antropologia, na década de 1950. A partir dos anos 1980, os movimentos sociais se fortaleceram exigindo mudanças na atenção ao parto. No Brasil, na mesma década, os movimentos sociais femininos começavam a ganhar visibilidade e ampliavam a visão do cuidado à saúde da mulher para que se levasse em conta o direito das mulheres, e que elas fossem cuidadas não apenas como reprodutoras (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; DIAS, 2006).

Em 1983, foi instituído o Programa da Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), trazendo justamente esses novos paradigmas de cui-

dado à saúde da mulher (SERRUYA et al., 2004). Em 2000, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005; DIAS, 2006; SERRUYA et al., 2004). Dessa forma, a preocupação com a humanização do parto surge anteriormente à Política Nacional de Humanização, e impulsiona o uso do termo “humanizar” para definir uma necessidade de melhora na atenção dos serviços de saúde.

Definir o que é a humanização do parto é um desafio, e pode não ser fundamental. Diniz (2005) propõe que os vários discursos que reivindicam o termo possam construir em um diálogo que se dá em um espaço político a ser ocupado. Segundo a autora, é uma reivindicação científica, de direitos, de saúde coletiva, profissional e corporativa, financeira e econômica, de relação (médico-paciente).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) considera que a atenção humanizada ao parto “procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia” (p. 9).

Humanizar o parto é promover uma mudança profunda no modelo da assistência, que implica em mudanças de protocolos técnicos; de valores sociais, profissionais e culturais; na direção de um resgate do respeito à vida, à natureza e à sexualidade feminina.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) recomenda que os profissionais tenham consciência da importância do seu trabalho na gestação, parto e puerpério, que percebam que o papel deles neste contexto é de coadjuvante e apoiador da mulher e do bebê, que reconheçam que o parto é um evento fisiológico que na maioria das vezes não tem complicações, que saibam valorizar a individualidade e que adequem seus procedimentos de atenção de acordo com a necessidade, sem rotinas, estar atualizado, praticar medicina baseada em evidências, ser observador, e ter a “ética como pressuposto básico na prática profissional” (p. 10).

Na mesma publicação (BRASIL, 2001), o Ministério da Saúde ainda coloca como pressupostos do atendimento ao parto para os profissionais: aumentar o conceito de saúde para que se diminua a distância entre a produção científica e as práticas médicas; entender que os papéis e identidades

de gênero são construções sociais, e não são definidas pela biologia, e que as mulheres vem sofrendo com a perspectiva de que não são sujeitos de sua história e nem tem autonomia sobre seus corpos; reconhecer a medicalização do corpo da mulher, que torna seus processos fisiológicos naturais como doenças e problemas crônicos; considerar os efeitos da institucionalização e da medicalização do parto, como a facilidade e tendência de interferir no processo de parto sem necessidade, muitas vezes com resultados iatrogênicos, e tirando a autonomia e conexão da mulher com seu próprio processo de parir.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) considera atualmente que a assistência à saúde da mulher deve considerar em suas políticas e práticas alguns princípios e diretrizes: a promoção da saúde; as peculiaridades da saúde feminina; contemplar todas as mulheres em todos os ciclos de vida; considerar perspectivas de gênero, raça e etnia; inclusão; considerar os direitos da mulher em todos os âmbitos da vida; fornecer atendimento em todos os níveis de atenção; considerar contexto de vida e singularidades; considerar a mulher uma pessoa com capacidade e autonomia; o respeito às diferenças; a participação da sociedade civil organizada, principalmente do movimento de mulheres; o repasse de informações para a sociedade sobre as políticas de saúde da mulher e sobre os instrumentos de gestão e regulação do SUS; a atuação horizontal das execuções de ações em saúde; a articulação das ações com setores governamentais e não-governamentais.

A humanização é também um princípio da assistência à saúde da mulher e é definida como uma postura do profissional de saúde que seja condizente com a visão de saúde como um direito; que auxilie e apoie as mulheres a fazerem escolhas oferecendo informações adequadas; que acolha as demandas da mulher; que zele pelo uso adequado para cada situação das tecnologias disponíveis; que se preocupe em resolver os problemas e em diminuir o sofrimento relacionado ao processo vivenciado (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha, instrumento da política de humanização do parto, nasce como uma proposta eleitoral da atual presidenta Dilma Rousseff, como uma ideia de rede de cuidados às mulheres com base na experiência do Fórum Perinatal. Este Fórum já tinha como objetivo atingir não apenas as maternidades, mas a rede de cuidados à mulher no ciclo gravídico-puer-

peral (BRASIL, 2014). Foi instituída pela Portaria nº 1.459 do Ministério da Saúde, cujo texto define que:

a Rede Cegonha, instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis.

Os pressupostos definidos nas Políticas Públicas de atenção à saúde da mulher e ao parto nos dão o indício dos valores sociais e políticos que o poder público, na figura institucional do Ministério da Saúde, divulga para que estes valores possam permear os contextos de assistência ao parto no Brasil. Esses pressupostos, quando definidos na forma de política pública, são respaldos fundamentais que devem ser usados pela a sociedade para a efetividade da humanização dos serviços.

Realidade Obstétrica Brasileira

O movimento pela humanização do parto se iniciou pela sociedade civil a partir de uma demanda feminista que era principalmente a falta de qualidade na assistência ao parto e a consequente alta taxa de mortalidade materna evitável (SERRUYA, 2004). Atualmente no Brasil, apesar de toda a política pública ter sido construída juntamente com os movimentos sociais e estar alinhada com os pressupostos internacionais de assistência ao parto, a realidade obstétrica ainda gera uma demanda social e política de profundas transformações.

Segundo o Sumário Executivo Temático, a pesquisa “Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento” foi realizada entre 2011 e 2012 e coordenada pela Fundação Oswaldo Cruz e contou com a participação de renomados pesquisadores de todo o Brasil. Seu principal objetivo foi retratar o cenário obstétrico brasileiro nos seguintes aspectos: efeitos das intervenções no parto; motivação das mulheres para a opção pelo tipo de parto; complicações médicas; estrutura das instituições hospitalares.

Os resultados indicam desigualdades regionais, sociais e raciais, diferenças marcantes entre o atendimento no SUS e na assistência suplementar, e confirma o domínio do modelo tecnocrático na assistência ao parto (AQUINO, 2014).

O uso de boas práticas obstétricas na assistência foi realizado em menos de 50% dos partos. A maior parte dos nascimentos ocorreu por cesariana (51,9%) e apenas 5% deles foi por via vaginal sem nenhuma intervenção. A maior taxa de intervenções foi realizada nos partos de risco habitual, ou seja, de forma desnecessária e potencialmente prejudicial (LEAL et al., 2014). A Organização Mundial da Saúde, OMS, recomenda uma taxa de aproximadamente 15% de cesáreas, sendo que mais do que essa taxa é considerada a ocorrência de excesso de intervenções, e menos do que isso pode estar relacionada à baixa cobertura da assistência (WHO, 1996).

A assistência é menos intervencionista nos hospitais públicos, o que pode refletir resultado do esforço do Ministério da Saúde e da sociedade civil para a melhoria da assistência através da criação de dispositivos como a Rede Cegonha, a divulgação de material técnico e a publicação de portarias, mas ainda assim com taxas altas e presença do uso de práticas prejudiciais ao parto. Nos hospitais privados a taxa de cesáreas chegou a 89,9%, sendo conhecidos nos meios científicos os riscos inerentes à cesárea desnecessária. Ela só deve ser realizada quando os riscos da complicação perinatal superam os riscos da cirurgia (LEAL et al., 2014). Geralmente a assistência na rede pública é acompanhada por violência, intervenções desnecessárias e uma percepção de insatisfação com o parto e na rede suplementar, as mulheres são levadas a realizar cesárea eletiva (D'ORSI et al., 2014).

Esses dados mostram uma prática intervencionista em que quase não permite a ocorrência do parto de forma natural e fisiológica, e que por isso é iatrogênica. Este é um problema de saúde pública que o Brasil enfrenta, já que a assistência ao parto da forma como hoje é conduzida, produz problemas na saúde da mulher e do bebê.

Além da iatrogenia verificada na assistência ao parto, a autonomia da mulher durante o processo de parto não vem sendo respeitada ou incentivada. No início da gestação, a maioria das mulheres deseja parto vaginal, po-

rém essa preferência não é apoiada pelos profissionais (DOMINGUES et al., 2014). Além disso, a presença do acompanhante durante toda a internação da assistência ao parto (prevista na lei nº 11.108, de 2005) vem sendo pouco praticada: apenas 18,8% das mulheres puderam contar com uma pessoa de sua escolha. Esta prática é descrita pelas mulheres como promotora de uma boa experiência de parto (DINIZ et al., 2014) e minimiza desigualdades sociais e raciais que se refletem na assistência (D'ORSI et al., 2014).

Ter uma experiência satisfatória de parto é fundamental e deveria fazer parte das ações preventivas e promocionais de saúde mental. Uma experiência de parto vivida como ruim ou violenta pode prejudicar o vínculo da mãe com o bebê, aumentar as chances de depressão materna e dessa forma prejudicar a saúde mental da mãe, do bebê e a constituição da família. Além disso, centrar o atendimento ao parto nas necessidades da mulher é uma prerrogativa do Sistema Único de Saúde, como descrevem d'Orsi et al. (2014):

Tendo em conta que a assistência obstétrica deve ser centrada nas necessidades da mulher e que a satisfação com o atendimento recebido é uma forma indireta de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, identificar preditores de satisfação é uma forma de indicar os atributos necessários para que a atenção ao parto e nascimento seja ancorada nos direitos dos usuários do sistema de saúde. (p. 155)

O parto no Brasil recebe uma assistência ruim e cientificamente desatualizada, muitas vezes violenta, e que causa prejuízos para a saúde da mulher e do bebê. As experiências de parto vividas pelas mulheres, apesar da inequidade entre as classes sociais e nas diferentes regiões do Brasil, não são satisfatórias na maioria das vezes. As mulheres não recebem incentivo e apoio dos sistemas de saúde para o parto normal, mesmo sendo este o desejo inicial da maioria das gestantes no início da gestação, e mesmo sendo o parto normal sabidamente melhor para a mãe e para o bebê.

Humanizar a assistência ao parto no Brasil é uma necessidade urgente, é retirar do cenário nacional problemas de saúde pública e promover a saúde mental da população. O parto é um fenômeno que diz respeito a todos os membros da sociedade, todos iniciam a vida no nascimento – e é necessário lembrar o óbvio: a sociedade é construída por pessoas que nascem.

A Psicologia na Humanização do Parto

Diante da evidente distância entre a política pública de humanização do parto e a realidade obstétrica brasileira, faz-se necessário um diálogo intenso e poderoso entre aqueles que desenvolvem, sustentam e fomentam a política e aqueles que atuam no cotidiano da assistência às mulheres em parturição.

Além da complexidade da experiência do parto e das várias esferas do humano que ela envolve (biológica, cultural, social, sexual, pessoal) a assistência ao parto também carrega sua complexidade. A situação atual e a mudança de cenário dependem da relação entre vários fatores sociais, culturais, econômicos. Faz-se necessário lembrar que Diniz (2005) expõe a polissemia do termo “humanização” e acredita que a reivindicação pela legitimidade dos discursos dos diversos atores que compõem o movimento convida ao diálogo entre os mesmos.

O diálogo, as relações e a complexidade dos sistemas fazem parte do material de trabalho e de conhecimento da Psicologia, então é fundamental que os psicólogos participem mais ativamente das mudanças que a situação exige. Essa participação deve ser ampla, efetiva, e abarcar diversas esferas. Deve ser também construída dentro das relações com os diferentes profissionais e setores responsáveis por essas mudanças.

A Psicologia e seus conselhos de classe devem estar presentes na construção das políticas públicas de humanização do parto, principalmente na construção de instrumentos implementadores dessas políticas. Devem se colocar também nas discussões e efetivações dos mecanismos de regulação e monitoramento que fazem parte dos instrumentos como a Rede Cegonha.

Para além da construção da política pública de humanização do parto, são necessárias mais pesquisas da Psicologia relacionando a assistência ao parto, a percepção da experiência do parto e a saúde mental da mãe e do bebê. O parto deve se tornar objeto de interesse da Psicologia em sua complexidade como experiência humana potencialmente transformadora e geradora de saúde e as repercussões dessa experiência para a mulher, o bebê e a sociedade. Também é preciso investigar o papel da experiência corporal e fisiológica do parto na subjetividade da mulher e na constituição

psicológica do bebê e na saúde mental de ambos.

Os psicólogos da saúde têm uma área vasta e pouco explorada na assistência ao parto e nascimento, sendo que a sua presença pode auxiliar na convergência da multiplicidade de discursos e formas de atuação que acabam prejudicando a efetivação da política de humanização do parto.

É preciso a construção coletiva dentro da psicologia de todos estes novos papéis profissionais dentro do tema da humanização do parto. É uma questão ética a participação da Psicologia neste tema de uma forma mais abrangente e coletiva, já que o conhecimento que obtemos das relações humanas e das redes sistêmicas pode contribuir profundamente para a mudança urgente e necessária no cuidado ao parto.

Referências

AQUINO, E. M. L. Para reinventar o parto e o nascimento no Brasil: de volta ao futuro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S8-S10, 2014.

BRASIL **Cadernos Humaniza SUS**. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

DIAS, M. A. B. **Humanização da Assistência ao Parto**: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DINIZ, C. S. G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 627-637, 2005.

DINIZ, C. S. G. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascido no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S140-S153, 2014.

DINIZ, C. S. G. Que valores escolhemos nesse ritual? **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, p. 523-527, 2002.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Processo de decisão pelo tipo de parto no Brasil: da preferência inicial das mulheres à via de parto final. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 101-116, 2014.

D'ORSI, E. et al. Desigualdades sociais e satisfação das mulheres com o atendimento ao parto no Brasil: estudo nacional de base hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S154-S168, 2014.

LEAL, M. C. et al. Intervenções obstétricas durante o trabalho de parto e parto em mulheres brasileiras de risco habitual. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 30, supl. 1, p. S17-S32, 2014.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NOGUEIRA, A. T. O parto: encontro com o sagrado. **Texto Contexto - Enfermagem**, Florianópolis , v. 15, n. 1, p. 122-130, 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Care in Normal Birth, a practical guide. Geneva: WHO, 1996.

15. PSICOLOGIA E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Beatriz Schmidt da Rocha

Larissa Pedreira Durães

Paula Yumi Hirozawa

Thauana Nayara Gomes Tavares

Sabe-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) é recente, com seus 26 anos, e já tem importantes feitos. Os objetivos do SUS ainda vão muito além de curar doenças, perpassando pela promoção de saúde e qualidade de vida à população brasileira, prevenção de doenças e agravos e reabilitação e readaptação do sujeito à sociedade. Ou seja, abrange todos os níveis de atenção à saúde. No entanto, a jornada é longa para se chegar aos objetivos propostos, uma vez que é um sistema de saúde que propõe uma atenção integral à saúde.

Sendo assim, vemos na profissão de psicólogo uma possibilidade de se chegar mais perto desse ideal, já que o psicólogo na Saúde Pública pode administrar conhecimentos, atividades técnicas e recursos psicológicos mirando os aspectos psicológicos envolvidos no processo saúde-doença visto como fenômeno social e coletivo (BLEGER, 1984). Sendo o psicólogo um profissional que atua na área da saúde, é importante percebê-lo como uma figura que tem o papel de produzir saúde e de produzir sujeitos, como cidadãos e seres humanos, e, assim, há grande possibilidade de intervenção dentro do SUS na construção de uma nova realidade em saúde.

A Política Nacional de Humanização mostra-se como uma possibilidade de atuação do psicólogo no SUS para atender às reais situações da população, aliando ao sistema a tentativa de superar um modo de organização assistencial, individual e privado, cujos objetivos são a cura e o evitamento de doenças e a tentativa de conseguir melhor organização e condições que tendem a promover saúde e bem-estar dos integrantes da

instituição (BLEGER, 1984).

Neste texto, começaremos expondo como a Psicologia surgiu na Saúde Pública, para situarmos o cenário sócio-histórico e político que ajuda a compreender a situação atual da profissão nas instituições de saúde. Em seguida, abordaremos alguns aspectos teóricos da PNH e sua relação com a Psicologia. Ao final, faremos uma proposta de intervenção para inserção da PNH num hospital público localizado no Distrito Federal, a partir de observações feitas nesse cenário, expondo reflexões sobre a política e a profissão de psicólogo.

Psicologia e Políticas Públicas de Saúde no Brasil

A intervenção da Psicologia no campo social foi marcada por uma presença secundária nas instituições sociais, trabalhando de forma auxiliar a outros saberes (Medicina, Educação e Administração) e em uma lógica tecnicista de adequação do indivíduo à instituição (GONÇALVES, 2010). A neutralidade do pesquisador e a busca pelo universalismo para constituição do campo como ciência levaram a uma naturalização dos fenômenos psicológicos e à desconsideração da subjetividade humana. Durante o século XIX, a Psicologia atuou basicamente como instrumento para agenciamento dos outros saberes, estando na área da Saúde junto com a Psiquiatria. Dessa maneira, pode-se dizer que o saber psicológico esteve presente nas políticas públicas como aliado aos interesses elitistas, de modo que fortaleceu e perpetuou políticas assistencialistas, patologizantes, curativas e individualizantes a partir de um Estado autoritário e populista em contexto de modernização industrial da sociedade. Então, todas essas características citadas contribuíram no desenvolvimento da profissão para que ela tivesse um lugar secundário, como um saber que atua subsidiando outras práticas, a partir da descrição e classificação dos indivíduos em relação a seus “aspectos psicológicos”.

Em 1962, a profissão do psicólogo foi criada, no Brasil, e regulamentada no ano seguinte. Esse foi o período da emergência do Movimento Sanitário e da Psicologia Comunitária, que trouxe a articulação entre uma concepção sócio-histórica de subjetividade e uma prática emancipadora do sujeito. Sua constituição se deu diretamente junto à população em função

da impossibilidade de atuação no setor público de outra forma. Gonçalves (2010) descreve como marcos da Psicologia Comunitária dois encontros ocorridos no âmbito da Associação Brasileira de Psicologia Social, em 1981 e 1988, nos quais foram questionados a produção de saber psicológico e o posicionamento da Psicologia dentro da sociedade. Nesse período, a crise previdenciária apontava pela necessidade do investimento no setor público de saúde e, em 1988, com a promulgação da nova Constituição, a Saúde tornou-se direito de todo cidadão e, portanto, dever do Estado.

Surgia uma nova concepção de saúde: não mais entendida como o estado de não-doença. A saúde passou a ser compreendida a partir da qualidade de vida do cidadão em todos os seus âmbitos (educação, moradia, saneamento básico, trabalho, alimentação, meio ambiente etc), devendo ser garantida mediante políticas sociais e econômicas que objetivam a redução do risco de doença e de outros agravos e o acesso igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988). Em 1990, foi regulamentado o Sistema Único de Saúde (SUS), sistema universal de atenção à saúde voltado para a democratização em ações e serviços de saúde e fundamentado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A universalidade diz respeito à Saúde como dever do Estado e direito de toda população, de modo a garantir pleno acesso aos serviços de saúde sem critérios de exclusão ou discriminação. A integralidade remete ao leque possível de ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, implicando a sistematização do conjunto de práticas que vêm sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. Por fim, a equidade refere-se à necessidade de se “tratar desigualmente os desiguais” de modo a se alcançar a igualdade de oportunidades de sobrevivência, de desenvolvimento pessoal e social entre os membros de uma dada sociedade (TEIXEIRA, 2011).

Ademais, o SUS parte da descentralização, no entendimento de que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo, então, um sistema único, e também da participação da comunidade pelo controle social. A partir disso, abriram-se espaços para decisões políticas no campo sanitário, compartilhadas com os usuários, e para a gestão democrática dos serviços de saúde através

da participação popular, possibilitando o controle social, por diferentes sujeitos coletivos que interagem entre si e com o Estado (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

A criação do SUS teve como sustentação os princípios da reforma democrática do Estado, articulados nos anos 1980, e representou o desejo da população pela democratização das relações sociais e econômicas e universalidade da Saúde. Conforme aponta Pasche (2009), “a base jurídico-legal do SUS se apresenta, sobretudo, como orientação ética, política e organizacional para se construir um novo sistema de saúde, pautado na justiça social, na equidade e na solidariedade” (p. 702). A Psicologia, dessa forma, não poderia se colocar estaque diante das mudanças no país e na Saúde. Esse foi um período de novos conhecimentos para a área, em que se colocou em evidência a preocupação de construir um saber alinhado ao compromisso social e adequado à realidade brasileira e, especialmente, à democracia.

A partir dessa revisitação histórica tanto da saúde pública quanto da Psicologia, evidencia-se como os cenários político, econômico e cultural contextualizaram a forma de se fazer e pensar Saúde e Psicologia. Com certa obviedade de afirmação, a história da Psicologia não foi diferente da história da Saúde no Brasil, sendo que ambas se consolidaram a partir de décadas de produções de conhecimento e de práticas desumanizadoras, assistencialistas, elitistas e focadas na patologia. Dessa forma, conquanto a inscrição legislativa do SUS constituiu a porta de entrada para ações humanizadoras e democráticas em saúde, as mudanças no sistema de saúde ainda caminham a passos lentos, assim como evidenciou Pasche (2009):

A construção de uma nova realidade jurídica não garante a produção de mudanças na velocidade desejada, pois a organização dos serviços de saúde é permanentemente atravessada por interesses múltiplos de grupos sociais, forças instituintes que tensionam e provocam mudanças nas regras e nas práticas de saúde. (p. 702-703)

Com 26 anos de SUS, ainda são diversos os desafios enfrentados nesse âmbito, desde o subfinanciamento da Saúde ao “assistencialismo”, fragmentação da rede assistencial e dos processos de trabalho e burocratização e verticalização nas relações do sistema de saúde. Malgrado os im-

passes para a consolidação de serviços mais humanizados e qualificados, é de fundamental importância a visibilidade para o “SUS que dá certo”, constituído de experiências municipais, regionais e estaduais bem-sucedidas em saúde. Foram, a partir dessas iniciativas locais exitosas e do desejo de articulá-las e abrangê-las em uma política única, que, em 2003, teve origem a Política Nacional de Humanização.

A Política Nacional de Humanização e a Psicologia

A Política Nacional de Humanização (PNH) surgiu como uma forma de efetivar os princípios, as bases e as diretrizes propostas pelo SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão (ROMERO; PEREIRA-SILVA, 2011), consistindo em uma estratégia criada pelo Ministério da Saúde que se baseia na Corrente em Defesa da Vida, uma das correntes orientadoras da prática da Saúde Coletiva a partir do século XX. A política tem como objetivo a aplicação dos princípios do SUS no modo de operar os diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde, alinhando a dupla tarefa do profissional de saúde de produzir tanto saúde quanto sujeitos. Dessa forma, possibilita-se o delineamento de um eixo articulador das práticas de saúde e o desenvolvimento de um SUS mais humano, construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral e universal.

De acordo com o princípio da autonomia e da corresponsabilidade, a prática dos psicólogos está diretamente comprometida com as condições de vida da população brasileira, com o engajamento na produção de saúde que implique a produção de sujeitos autônomos e corresponsáveis por suas vidas (CAMPOS; apud BENEVIDES, 2005). E com relação à transversalidade, a Psicologia, assim como qualquer outra área e campo do saber, não explica nada sozinha, afinal a invenção só se dá na intercessão de outros saberes; é no cruzamento desses princípios que a contribuição da Psicologia dentro do SUS pode ocorrer. Torna-se fundamental então que se acabe com essa dicotomia existente entre o individual e o social, a clínica e a Saúde Coletiva, o cuidado com a saúde de cada um e o cuidado com a saúde das populações. Essa visão dicotomizada é muito presente nas formações dos psicólogos e de outros profissionais da saúde.

A humanização no SUS coloca o sujeito como alvo de todas as práticas e o psicólogo tem grande papel nesse processo como responsável por uma transformação social nas práticas das Políticas Públicas por considerar a subjetividade do sujeito em todo o processo (GONÇALVES, 2010).

Ao referirmos a participação da Psicologia na esfera pública, esquecemos que é de fundamental importância se pensar numa indissociabilidade entre clínica e política. Benevides (2005) coloca que definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos uma experiência de análise crítica das formas instituídas, o que nos compromete politicamente. E esse aspecto se combina com o princípio de inseparabilidade do SUS, uma vez que os processos de subjetivação se dão num plano coletivo, plano público.

A partir de todas essas informações, discutiremos observações feitas em um hospital público do Distrito Federal e proporemos ações acerca da implantação da Política Nacional de Humanização, articulando-a ao papel do psicólogo nessa instituição.

Proposta de Intervenção e Implantação da PNH: Reflexões acerca da PNH e do Papel do Psicólogo nesse Cenário

O hospital estudado situa-se em Brasília, DF. A participação da Psicologia nessa instituição se deu a partir da entrada de profissionais concursados e contratados entre os anos de 1970 e 80; porém, a equipe de Psicologia apenas se consolidou como divisão em 2002. À época, a equipe era composta por 25 profissionais e dois estagiários. Optamos por esse hospital a fim de investigar o cenário da instituição, compreender a história de implementação da PNH no local, identificar os atores dessa implementação e relacionar o papel do psicólogo nessa política, para então propormos um plano de ação.

A implementação da PNH no hospital parece ter alcançado seu auge no período de 2009 a 2011, em que as ações implantadas estavam mais próximas às propostas da política. Diversas ações foram realizadas, como: grupos de discussão de humanização; discussão da cartilha do SUS; visita ampliada (modelo de visita de manhã, tarde e à noite); reforço da segurança; identifi-

cação das vulnerabilidades entre os pacientes, principalmente de minorias; implantação de procedimentos considerados especiais; discussão dos pontos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e; discussão dos riscos dos procedimentos. Essas medidas propiciavam maior acessibilidade à população, com aumento da responsabilidade dos médicos e maior respeito à individualidade dos pacientes. Havia ainda a humanização na própria equipe de gestão, que contava com reuniões multiprofissionais para representação e participação de todas as profissões atuantes no hospital.

Entretanto, parece que manter a PNH sempre foi desafiador, em função da falta de verbas, escasso conhecimento do que é o SUS e a PNH dependia de pessoas militantes para continuidade. Supõe-se que, mesmo em seu auge, a PNH acontecia especialmente pela presença de pessoas-chave em certas unidades, onde os dispositivos da política já existiam. De 2008 a 2011, uma psicóloga foi responsável por garantir a PNH. Entretanto, com sua saída da direção, o processo não se manteve e, na ausência de outros profissionais com o conhecimento sobre a política, ela acabou por praticamente se extinguir do hospital. Além disso, parece haver uma diferença entre o que é previsto pela legislação e a realidade da prática, em que muitos direitos defendidos pelo SUS não parecem ser cobertos, acrescidos da burocracia na defesa desses direitos.

A situação parece indicar que as prerrogativas da PNH não vêm sendo mantidas como metas no hospital. Como potencialidades para a mudança de cenário, podemos pensar nas pessoas que entrarão como fonte de esperança e também a nova verba do ano seguinte que possibilitará compra de equipamentos e investimento em cursos para os profissionais. Ademais, a busca da rede e a interlocução com outras áreas, mesmo com a consequência de centrar nas pessoas, pode minimamente reduzir danos e manter um atendimento razoável ao paciente.

Em relação ao papel da Psicologia, malgrado todo esse cenário, esta tem desenvolvido atendimentos individuais e trabalhos em grupo para demandas de ajuda psicológica dos próprios funcionários. Além disso, parece haver preocupação para esses profissionais em conhecer o que a Psicologia pode fazer naquele contexto e realizar a junção das áreas.

A partir do que foi observado, constatou-se que se trata de um hospital onde não há uma implantação efetiva da Política Nacional de Humanização.

Os motivos são os mais diversos e não podem ser desconsiderados, inclusive a mudança de gestão do hospital pode ser vista como um fator crítico dessa realidade. Por isso, optou-se por analisá-lo como um serviço de saúde que tem potencial para aderir a essa proposta e então sugerir, inicialmente, uma intervenção com os próprios trabalhadores do hospital, a fim de fortalecê-los, por meio de propostas de integração entre eles, valorização de seu serviço e cuidado a esses profissionais, uma vez que têm passado por um processo de muitas mudanças e, conseqüentemente, angústias.

Recomenda-se que, para efeito investigativo da avaliação de implementação da PNH, seja realizado um estudo com os profissionais e usuários do hospital analisado, uma vez que se torna possível ter acesso a opiniões e visões diferentes acerca do processo. Santos Filho (2007) sugere que, para a avaliação da implantação da PNH, seria necessário buscar o significado das ações e relações sociais na ótica dos sujeitos/atores desse processo, uma vez que haverá impacto concreto tanto para os trabalhadores quanto para os usuários do serviço. Seria possível então fazer a avaliação qualitativa e quantitativa. São apontadas ainda duas vertentes para avaliação das ações de humanização: a primeira procura delimitar os objetivos específicos da Política Nacional de Humanização e a partir deles se remete a uma seleção de indicadores que servem ao acompanhamento e monitoramento contínuos das ações e intervenções; já a segunda tem a finalidade de dimensionar os efeitos das intervenções por meio da estruturação dos desenhos de pesquisas avaliativas. Por fim, conclui-se ser necessário institucionalizar a avaliação para assegurar a qualidade e a continuidade desse processo.

Com o intuito de estabelecer a Política de Humanização, Santos Filho et al. (2009) propõem a inclusão de diferentes sujeitos na análise e gestão coletiva dos processos de trabalho visando à desestabilização produtiva e práticas de humanização dos processos de saúde. Pensando assim, em praticar a comunicação dialógica, lateralizada e polifônica, com diversos olhares e vozes em debate e negociação.

A ideia é que se pense em um dispositivo importante e que tenha efeito positivo nos trabalhadores que estão vivendo esse momento no hospital. Por isso, foi pensado na possibilidade de se criar um Grupo de Trabalho de Humanização (GTH). Este tem como objetivo intervir na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde para todos,

inclusive dos trabalhadores. Trata-se de instituir uma “parada” e um “movimento” no cotidiano do trabalho para a realização de um processo de reflexão coletiva sobre o próprio trabalho, dentro de um espaço em que todos tenham o mesmo direito de dizer o que pensam, de criticar, de sugerir e propor mudanças no funcionamento dos serviços, na atenção aos usuários e nos modos de gestão (BRASIL, 2008).

A construção de um grupo de trabalho aproxima as pessoas, possibilita a transformação dos vínculos já instituídos, além de estabelecer um ambiente favorável para compartilhar as tensões do cotidiano, as dificuldades do trabalho, acolher e debater as divergências, os sonhos de mudança e buscar, por meio da análise e da negociação, potencializar propostas inovadoras (BRASIL, 2008). O GTH, dessa forma, abre campo para que, em ambiente protegido, democrático e participativo, seja possível o resgate dos valores do SUS e a reflexão crítica sobre a realidade vivenciada pelos profissionais. Inicia-se, portanto, uma relação de parceria e de trabalho conjunto em uma ótica de potencialidade, de maneira a permitir levantar pontos críticos de cada serviço, estimular a transversalidade e pensar coletivamente em resoluções de problemas, tendo como premissas o SUS e a PNH.

Outro importante ponto que sugerimos analisar é o sofrimento das equipes, que trabalham há certo tempo e podem apresentar anseios quanto ao que poderiam alcançar com os anos de labuta, mas que pode não mais ser possível com a saída dos profissionais e a subsequente substituição por trabalhadores concursados. Supõe-se também a questão da insatisfação no trabalho com tanta instabilidade, em consonância com o estudo de Finamor (2012), em que os funcionários de um hospital universitário entrevistados relataram insatisfação em relação ao SUS. Uma vez que a satisfação permeia desde conseguir implementar políticas de humanização, a ver o SUS funcionando e, principalmente, ser reconhecido profissionalmente, o não alcance desses objetivos pode gerar insatisfação nos profissionais. Outro trabalho que endossa essa questão é o de Nascimento et al. (2004) ao trazer os desafios da implementação da PNH em um hospital de alta complexidade, assim como esse que foi estudado.

A Psicologia, enquanto profissão que promove o diálogo e fornece uma escuta qualificada dos processos, pode ser a precursora do início desse grupo, trazendo as pessoas para um espaço de escuta e diálogo nesse contexto em que os trabalhadores têm-se sentido desagregados e descon-

fiados, como visto na entrevista. Nesse momento, então, é importante que os trabalhadores sejam fortalecidos. E fortalecer esses profissionais é fundamental para que possam se sentir no direito de negociar com os gestores, a fim de gerar mudanças no cenário. O compromisso da Psicologia em contribuir com a humanização deve ser inerente e contínuo, agregando seus conhecimentos ao trabalho das equipes de saúde para a efetivação da política de humanização.

No entanto, é importante ressaltar que não é só a Psicologia responsável por promover esse diálogo e, algumas vezes, tanto a instituição hospitalar quanto outros profissionais acreditam que o trabalho do psicólogo é “mágico”, capaz de resolver os problemas que ninguém consegue. É papel do psicólogo escutar o material latente, os aspectos subjetivos, dos pacientes e demais profissionais de saúde, já que não encontra espaço nos procedimentos médicos (RETT, 2011). O psicólogo deve deixar claro que vai colaborar no que estiver ao seu alcance, tentando melhorar a integração da equipe de saúde, proporcionando melhor atendimento (MALDONADO; CANELLA, 2009).

Vale lembrar que o psicólogo (e outros profissionais de saúde) precisa se atentar para as condições de vida daquele que vem procurar ajuda. Deve-se privilegiar todo o contexto de vida da pessoa, possibilitando que sinta que foi atendida nas suas necessidades reais, não desviando de nosso papel e aliviando o sofrimento dos que nos procuram (PENATI, 2001).

Faz-se necessário, então, compreender o papel do psicólogo nesse contexto da Saúde Pública no Brasil. É preciso que este profissional esteja preparado adequadamente às propostas do SUS, bem como é importante que ele compreenda como fundamental a junção da clínica com a política, a fim de se ter um olhar realmente complexo para o ser humano. Também é preciso refletir acerca da própria formação em Psicologia que, ainda, promove essa dicotomização entre clínica de um lado e política de outro, podendo prejudicar o campo das políticas públicas e a atuação da Psicologia (GONÇALVES, 2010; BENEVIDES, 2005).

Quando se fala da participação da Psicologia no desenvolvimento de políticas públicas, é necessário lembrar que os psicólogos não foram e ainda não são formados para atuar no setor público, há uma distância entre a formação e a realidade brasileira (GONÇALVES, 2010). O paradigma clínico

ainda permanece entre os profissionais de saúde e seria necessário superar a visão individual e colocar a concepção social. Em muitos casos, o psicólogo precisa transformar seu trabalho idealizado, aquele que foi aprendido na teoria, em trabalho possível, adequando sua atuação ao contexto em que se insere e à realidade das pessoas atendidas (PENATI, 2011).

A Política Nacional de Humanização adota uma perspectiva muito semelhante ao que muitos psicólogos que trabalham na área da saúde propõem, que é ter um olhar para a subjetividade do indivíduo. Isso porque tal política busca qualificar o modo de atenção na rede do SUS, ampliando a visão e noção do processo saúde-doença, antes focada apenas no sujeito como portador de sintomas e a cura como sendo apenas a remissão desses. Passa a se ter uma visão mais sistêmica e complexa do sujeito e do processo de saúde-doença. Além disso, o usuário passa a ser ativo nesse processo também. Isso é mais um facilitador da contribuição da Psicologia na implementação da PNH.

O papel do psicólogo na PNH contribui ainda para um ambiente de trabalho mais saudável e para a valorização do aspecto subjetivo presente nas práticas em Saúde (BRASIL, 2010), com vistas a um serviço de qualidade e que seja funcional tanto para o público-alvo, quanto para os trabalhadores. Algo que deveria ser implantado nos serviços de saúde como um todo, bem como em organizações em geral.

Sampaio (2012) faz um estudo que fala sobre qualidade de vida no trabalho e nele é abordada, sob a ótica do humanismo, a satisfação das necessidades do empregado como vital para a motivação, levando-se em consideração as necessidades humanas para além da ótica do aumento de produtividade e lucratividade. Algo que também deveria ser implementado como política da empresa, por meio da área de Recursos Humanos, visto o cenário de total insatisfação dos funcionários.

Considerações Finais

A PNH é um reflexo de como a Psicologia tem o potencial de transformação na Saúde e de como este campo precisa ser incorporado e apropriado por esse saber para que o SUS seja uma realidade cada vez mais concreta no país. Nesse aspecto, diversos pontos podem ser levantados,

desde a necessidade de que as políticas públicas despertem à inteligibilidade da Psicologia dentro das universidades, de forma a reformar a graduação, até que se promova uma discussão mais profunda de fortalecimento dos psicólogos enquanto categoria, a fim de se alcançar maior representatividade na luta pelos princípios do SUS.

O próprio Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), em consonância com a PNH, prega o respeito ao sujeito humano e seus direitos fundamentais e a necessidade de a Psicologia atender à evolução do contexto do país após a promulgação da Constituição Federal, em 1988, assim como a criação do SUS. A proposta passa pela promoção da cidadania e a inserção do psicólogo em equipes multiprofissionais, indo ao encontro, por exemplo, da clínica ampliada da PNH, considerando que os principais dilemas éticos não estão restritos a práticas particulares do psicólogo, visando uma ampliação do significado social da profissão.

É relevante ressaltar ainda a importância não só de implementar políticas e instituir dispositivos, mas principal e fundamentalmente refletir sobre o papel da Psicologia na produção de subjetividades. Essa discussão perpassa o papel político da profissão, no sentido de compreender o posicionamento ideológico que se adota ao atuar no campo da saúde. É essencial, dessa forma, atentar-se a que realidades, que visões de homem e de mundo são produzidas na maneira atual de se fazer saúde, para que se estabeleça o constante processo de reflexão sobre o impacto da atuação profissional e, dessa forma, evitar que o trabalho se torne alienante. Por isso, discute-se que o SUS não é apenas uma questão de implementação de um sistema de saúde: o SUS é uma forma de ver e viver a Saúde.

Por fim, considera-se importante ressaltar a necessidade da busca por uma gestão compartilhada e integrada entre as mais diversas profissões. Não consideramos a Psicologia a única ciência que estuda o homem ou o vê por um melhor ângulo. Sabemos que cada área vai levantar seu ponto de vista e precisamos integrar todos os saberes de forma que usuários, gestores e funcionários se beneficiem, seja por meio da clínica ampliada ou da gestão participativa. O problema da saúde no Brasil, é de ordem econômica, social e cultural, então nada melhor que unir ciências que abarquem todos esses aspectos e promovam juntas uma saúde integral, universal e equitativa.

Referências

- BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.
- BLEGER, J. **Psico-higiene e Psicologia Institucional**. Buenos Aires: Paidós, 1984.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo de Trabalho de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização – PNH**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília, DF: Conselho Federal de Psicologia, 2005.
- FINAMOR, M. M. **Grau de satisfação dos servidores de uma universidade pública quanto ao Sistema Único de Saúde (SUS)**. Trabalho de Conclusão de Curso, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.
- GONÇALVES, M. G. M. **Psicologia, Subjetividade e Políticas Públicas**. São Paulo: Cortez, 2010.
- MALDONADO, M. T. P.; CANELLA, P. **Recursos de relacionamento para profissionais de saúde: a boa comunicação com clientes e seus familiares em consultórios, ambulatórios e hospitais**. São Paulo: Novo Conceito, 2009.
- NASCIMENTO, L. F. et al. Política Nacional de Humanização: desafios da implementação em um hospital público de alta complexidade. **Revista do Instituto Nacional de Cardiologia Laranjeiras**, v. 1, n. 4, p. 56-60, 2004.
- NOGUEIRA, V. M. R.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais. In: OPAS/OMS/Ministério da Saúde. (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Ministério da Saúde, 2006. p.218-241.
- PASCHE, D. F. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface: Comunicação, Saúde e Educação**, v. 13, n. 1, p. 701-708, 2009.
- PENATI, G. M. O. O desafio do trabalho psicológico na saúde pública. In: BIALER, M. (Org.). **O Trabalho Psi na Saúde Pública**. Ribeirão Preto: Novo Conceito, 2011.
- RETT, M. P. M. A interconsulta psicológica no hospital geral. In: WONGTSCHOWSKI, E. (Org.). **Psicólogo no Hospital Público: tecendo a clínica**. São Paulo: Zagodoni, 2011. p. 132-143.
- SAMPAIO, J. Qualidade de vida no trabalho: perspectivas e desafios atuais. **Revista Psicologia**, v. 12, n. 1, p. 121-136, 2012.

SANTOS FILHO, S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n.4, p. 999-1010, 2007.

SANTOS FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B.; GOMES, R. S. A Política Nacional de Humanização como política que se faz no processo de trabalho em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 1, p. 603-613, 2009.

TEIXEIRA, C. **Os princípios do Sistema Único de Saúde**. Texto de apoio elaborado para subsidiar o debate nas Conferências Municipal e Estadual de Saúde. Salvador, Bahia: Secretaria Estadual de Saúde, 2011.

16. CUIDADOS PALIATIVOS, PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS: DIÁLOGOS E INTERFACES

Giselle de Fátima Silva

À jovem Katiane Oliveira (in memoriam), minha primeira paciente em Cuidados Paliativos que me ensinou que o amor é a principal base do cuidar.

A maioria das profissões de saúde se pauta numa perícia técnica, objetiva e racional para alcançar a cura dos seres humanos ou, ao menos, promover a reabilitação destes para as demandas do dia-a-dia. Contudo, o desenvolvimento tecnológico das ciências biomédicas promoveu um crescimento vertiginoso da população idosa e também de pessoas portadoras de doenças crônicas, e esses pacientes demandam outros tipos de cuidados, que transcendem a cura física.

Dentre esses pacientes crônicos, destacam-se aqueles que não são mais responsivos aos tratamentos curativos e que carregam pesados fardos por anos a fio, e que padecem de múltiplos sintomas debilitantes, incluindo a dor e outros sofrimentos de ordem psicológica, social e espiritual. Nesta mesma realidade encontram-se pacientes no final da vida, e surge a seguinte questão: como se comportam os profissionais da saúde frente a esta realidade inexorável da vida? Geralmente as equipes negligenciam e abandonam¹ tais pacientes, e optam por práticas preventivas e novas tecnologias para a cura de doenças – que sem dúvida são imprescindíveis para a saúde pública – mas a realidade que ora se apresenta clama por outra

¹ Elias (2001) faz uma interessante análise a esse respeito: “Aqui encontramos, sob forma extrema, um dos problemas mais gerais de nossa época – nossa incapacidade de dar aos moribundos a ajuda e afeição de que mais que nunca precisam quando se despedem dos outros homens, exatamente porque a morte do outro é uma lembrança da nossa própria morte. A visão de uma pessoa moribunda abala as fantasias defensivas que as pessoas constroem como uma muralha contra a idéia de sua própria morte”. (p. 16-17)

postura profissional.

A Organização Mundial de Saúde anunciou que, anualmente, 24 milhões de pessoas necessitam de Cuidados Paliativos (CP) no final da vida, sendo que deste total, 66% são idosos. Apesar da crescente necessidade de suporte no fim da vida, 42% dos países não possuem serviços de saúde especializados em CP, sendo que 80% das pessoas no mundo não têm acesso adequado à medicação para controle de dor moderada e grave. Isso significa que milhões de pessoas, especialmente aquelas de países em desenvolvimento, padecem de sofrimentos desnecessários no final da vida (WORLD HOSPICE & PALLIATIVE CARE DAY, 2012).

Esta realidade requer uma revisão das Políticas Públicas de Saúde vigentes, para que novos modelos de assistência possam ser implementados e que garantam os direitos à Saúde e dignidade para esses pacientes e seus familiares. E neste contexto em que somos convidados para atuar como profissionais, que é permeado pelo sofrimento humano, denuncia a inabilidade generalizada para lidar com demandas como dor, morte, sofrimento, despedida, luto, e muitas pessoas (incluindo-se profissionais de saúde e familiares) acreditam que somente ao profissional de psicologia cabe a responsabilidade para compartilhar tais situações.

Estas ideias iniciais motivam outras reflexões: quem se sente à vontade para compartilhar as dores e sofrimentos do outro? Como a sociedade se comporta frente a este desafio genuinamente humano e existencial? O que dizer dos milhares de profissionais da saúde treinados para tratar somente de corpos doentes, mas que em sua prática diária são impelidos a lidar com demandas para além das disfunções orgânicas, tais como questões existenciais, afetivas e espirituais? Que fazer perante este novo cenário que demanda uma profunda revolução de valores, condutas e protocolos na assistência à saúde humana? Será que a Psicologia pode promover mudanças positivas no âmbito da Saúde Pública, desenvolvendo propostas e implementando serviços que garantam a cidadania e a dignidade individual e coletiva?

Historicamente a Psicologia esteve restrita à Psicologia Aplicada, especialmente em consultórios particulares, empresas, escolas, e somente pessoas com recursos financeiros podiam se beneficiar dos serviços psicológicos (CFP, 2013). No entanto, nas últimas décadas, desde a entrada

da Psicologia nos serviços de saúde, hospitais e comunidades, verifica-se a urgência de uma nova postura profissional, movida pelo Compromisso Social da Psicologia à realidade brasileira.

Os Cuidados Paliativos, enquanto uma área e filosofia diferenciada de assistência à saúde humana apresentam-se como um campo fértil para uma ampla atuação psicológica, desde a atenção individual, passando pelo cuidado prestado a familiares e equipes de saúde, até o desenvolvimento de programas educativos para comunidades e em instituições acadêmicas e hospitalares. Além disso, a Psicologia pode e deve participar da formulação, auxiliar na efetivação e aperfeiçoamento de políticas públicas de CP em nosso país, que garantam o direito à saúde, dignidade e acompanhamento especializado para pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e não-responsivos aos tratamentos curativos.

Neste capítulo, apresentarei o cenário em que se inserem os Cuidados Paliativos na assistência à saúde humana a partir de um breve histórico, seus princípios e benefícios para pacientes e familiares, bem como sua abrangência no Brasil. Em seguida serão apresentadas reflexões sobre a prática psicológica neste contexto, incluindo o papel da(o) psicóloga(o) no âmbito das políticas públicas de CP, que estão em pleno desenvolvimento em nosso país.

Cuidados paliativos: breve histórico e princípios

Há uma distorção do conceito “paliativo” no meio social, inclusive nos círculos científicos. Alguns utilizam este termo para significar algo provisório, superficial e não efetivo. Já no âmbito das ciências, ainda perdura o desconhecimento dos princípios norteadores dos Cuidados Paliativos, gerando uma falsa noção sobre esse tipo de serviço, vinculando-o a um tipo de “eutanásia disfarçada” ou local destinado para a morte de pacientes “terminais”.

O termo paliativo vem do latim *pallium*, que significa manto, cobertor, denotando que a doença enfrentada pelo paciente pode ser “coberta” por outros tratamentos para amenizar os sofrimentos decorrentes dela. Outra raiz de paliativo vem da palavra *palliare*, que significa amparar, proteger, cobrir, remetendo-nos à essência do cuidar, que não se restringe à cura

física, mas configura um amplo espectro de ausculta da alma do paciente, que demanda necessariamente uma assistência holística para abarcar outras dimensões humanas: física, psicológica, social e espiritual. Segundo Floriani (2009), paliativo refere-se a: “... um amplo programa interdisciplinar de assistência aos pacientes com doenças avançadas e terminais, buscando aliviar seus sintomas mais estressantes, oferecendo-lhes um *manto protetor*” (p. 29, grifos da autora).

Numa perspectiva histórica, Nascimento-Schulze (1997) argumenta que o cuidado paliativo se originou no tipo de assistência prestada nos *hospices*. Segundo a autora, os *hospices* eram abrigos em que cristãos recebiam pessoas que peregrinavam para locais santos e lá recebiam hospitalidade e descanso para continuarem a viagem. Contudo, muitos peregrinos chegavam nesses abrigos muito doentes e lá eram assistidos pelos cristãos que, com desvelo, cuidavam de seus sofrimentos até a morte².

O registro mais antigo data do séc. IV, onde Santa Fabíola dedicava-se aos viajantes vindos da Ásia, África e do Leste (MACIEL, 2008). Até a Idade Média, muitos *hospices* subsistiram, mas muitos foram fechados com a Reforma. Nascimento-Schulze (1997) afirma que:

O *hospice* medieval não estava primariamente associado com moribundos, e durante séculos, hospedaram-se, nestes locais, pacientes, viajantes, peregrinos, órfãos, pessoas segregadas e abandonadas. Embora houvesse a intenção de curar os doentes, muitos morriam e, conseqüentemente, passou-se a dar ênfase ao conforto espiritual. (p. 66-67)

É importante salientar que tais cuidados realizados no contexto dos primeiros *hospices* era uma prática comum nas primeiras civilizações, uma vez que sem desenvolvimento da Medicina, Farmácia, Enfermagem e outras ciências da saúde, a atenção prestada às pessoas doentes restringia-se à tentativa de controle de sintomas por métodos limitados, como chás, rezas e

2 Saunders (1993) considera que este posicionamento dos cristãos com os doentes e moribundos é inspirada na passagem bíblica “O que você fizer a qualquer um destes irmãos, você o estará fazendo a mim” (Mateus, 25:40).

rituais para o conforto espiritual. A cura física muitas vezes era impossível, justamente pelos limites científicos de então, sendo o objetivo principal cuidar da pessoa em todo o percurso da doença e também em sua morte.

No século XIX vários *hospices* foram inaugurados por Madame Jeanne Garnier, que foi a primeira a associar a palavra *hospice* com o cuidado destinado exclusivamente a pacientes no final da vida (NASCIMENTO-S-CHULZE, 1997). Em 1893 foi fundado o St. Luke's Home em Londres, *hospice* em que Cicely Saunders teve suas primeiras experiências com pacientes gravemente enfermos, despertando seu interesse em aliviar a dor e outros sintomas que acometiam os pacientes no final da vida. Além de enfermeira, Saunders tornou-se médica aos 40 anos de idade, e também foi assistente social e escritora, sendo que seus artigos foram fundamentais para impulsionar o movimento *hospice*, referentes aos cuidados dispensados no final da vida.

Um grande marco para o Movimento Hospice empreendido por Cicely Saunders foi a fundação do Sr. Cristhopher Hospice, instituição que até os dias atuais é a principal referência em CP em todo mundo, onde acolhe e assiste integralmente pacientes e familiares, além de desenvolver ensino e pesquisa direcionado a profissionais de vários países (MACIEL, 2008; PESSINI, 2005).

Outra importante figura que impulsionou este movimento foi a psiquiatra suíça Elizabeth Kübler-Ross. Radicada nos Estados Unidos, Kübler-Ross trabalhou por décadas com pacientes portadores de AIDS, câncer e demências, e desenvolveu um modelo compreensivo sobre as reações psicossociais desses pacientes frente ao diagnóstico da doença e à própria morte, conhecido mundialmente como Modelo Kübler-Ross³.

3 Muitos criticam este modelo sem um conhecimento prévio e analítico. Penso que este posicionamento mereça ser revisto, uma vez que as fases propostas pela Dra. Elizabeth Kübler-Ross não correspondem a um padrão universal, mas antes comportamentos comuns que a eminente psiquiatra observou durante décadas em seu exercício profissional com centenas de pacientes em condições avançadas de doença. Ela mesma assume que cada paciente vivencia de forma singular a proximidade da morte, ou seja, há um reconhecimento dos processos subjetivos de cada sujeito. Nesse caso, considero pertinente uma análise acurada do trabalho desta autora e mesmo que se tenham restrições às suas análises, deve-se no mínimo respeitar o legado deixado por ela que influencia, positivamente, na assistência a milhares de pessoas em todo o mundo.

Em 1982 a Organização Mundial da Saúde – OMS, instituiu um grupo de trabalho no Comitê de Câncer para definir políticas que viabilizassem o alívio da dor e que tivessem condutas semelhantes àquelas prestadas no *hospice* para pacientes portadores de câncer e que pudessem ser recomendadas a outros países. Devido às dificuldades de tradução em alguns idiomas do termo *hospice*, a OMS adotou o termo Cuidados Paliativos em 1986, definido como: “Cuidado ativo e total para pacientes cuja doença não é responsiva a tratamento de cura. Controle da dor, de outros sintomas e de problemas psicossociais e espirituais são primordiais. O objetivo do Cuidado Paliativo é proporcionar a melhor qualidade de vida possível para pacientes e familiares”.

Em 2002 a OMS publicou dois importantes documentos, *The Solid Facts of Palliative Care* e *Better Care of the Elderly* que recomendavam a expansão da atenção paliativa para outras áreas– como Pediatria, Geriatria, pacientes portadores de aids e de outras doenças crônicas – além de enfatizar que os CP são importantes estratégias em saúde (MACIEL, 2008). Foi neste mesmo ano que a OMS apresentou a atual definição de Cuidados Paliativos:

Cuidado Paliativo é a abordagem que promove a qualidade de vida de pacientes e seus familiares diante de doenças que ameaçam a continuidade da vida, através da prevenção e alívio do sofrimento. Requer a identificação precoce, avaliação e tratamento impecável da dor e outros problemas de natureza física, psicossocial e espiritual. (2002, p. 84)

Esta conceituação dos CP rompe com o paradigma biomédico uma vez que tem por pressuposto básico a promoção de uma assistência ativa e integral ao ser humano em suas diferentes dimensões – física, psicológica, social e espiritual. Para alcançar esses objetivos, a assistência paliativista se baseia em conhecimentos provenientes da ciência médica e de outras especialidades: Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia dentre outros. Importante destacar que os CP não se baseiam em protocolos, mas sim em princípios, ou seja, bases científico-filosóficas que orientam a assistência da equipe paliativista (MATSUMOTO, 2012):

PRINCÍPIOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS

- Promover o alívio da dor e outros sintomas desagradáveis.
- Afirmar a vida e considerar a morte como um processo normal da vida.
- Não acelerar nem adiar a morte.
- Integrar aspectos psicológicos e espirituais no cuidado ao paciente.
- Oferecer um sistema de suporte que possibilite o paciente viver tão ativamente quanto possível, até o momento da sua morte.
- Oferecer um sistema de suporte para auxiliar os familiares durante a doença do paciente e a enfrentar o luto.
- Abordagem multiprofissional para focar as necessidades dos pacientes e seus familiares, incluindo acompanhamento no luto.
- Melhorar a qualidade de vida e influenciar positivamente o curso da doença.
- Deve ser iniciado o mais precocemente possível, juntamente com outras medidas de prolongamento da vida, como a quimioterapia e a radioterapia e incluir todas as investigações necessárias para melhor compreender e controlar situações clínicas estressantes.

Maciel (2008) enfatiza que a prática em Cuidados Paliativos requer, necessariamente, um controle impecável de sintomas, sejam eles físicos, sociais, psicológicos e espirituais. Para que isso seja possível, Neto (2006, apud MACIEL, 2008) postula alguns princípios específicos para o controle de sintomas:

PRINCÍPIOS DO CONTROLE DE SINTOMAS

- Avaliar antes de tratar.
- Explicar as causas dos sintomas.
- Não esperar que um doente se queixe.
- Adotar uma estratégia terapêutica mista.
- Monitorizar os sintomas.
- Reavaliar regularmente as medidas terapêuticas.
- Cuidar dos detalhes.
- Estar disponível.

3A partir deste breve retrospecto sobre histórico e princípios dos CP observa-se que, paradoxalmente, trata-se de uma prática antiga em saúde pautada no cuidado e, nos dias atuais, é concebida como uma proposta revolucionária, com ênfase na atenção integral ao paciente e família a partir de um trabalho multiprofissional.

Panorama brasileiro dos cuidados paliativos

Um dos registros mais antigos que pode se relacionar com a prática paliativista no Brasil, segundo atesta Floriani (2009), refere-se ao Asilo da Penha, fundado nos idos da década de 1940 no Rio de Janeiro. Esse asilo, que pode ser considerado como um dos primeiros *hospices* do país, era também conhecido como “pavilhão dos incuráveis” ou “asilo do canceroso pobre”⁴. O objetivo inicial desta instituição era o isolamento dos pacientes moribundos, justamente por serem considerados “terminais” ou “fora de possibilidades terapêuticas”⁵. A Clínica Tobias, fundada em São Paulo em

4 É interessante pontuar que, apesar de ser um estabelecimento com a proposta de uma assistência diferenciada para pacientes gravemente enfermos, há uma clara referência à inexistência de um tratamento efetivo (pavilhão dos incuráveis) baseado numa filosofia assistencialista (asilo do canceroso **pobre**). De certa maneira esta ideia ainda perdura nos dias atuais, quando muitos profissionais da saúde compreendem os Cuidados Paliativos como um tipo de assistência pautada exclusivamente na compaixão à pessoa que não responde ao tratamento curativo. Particularmente considero importante o afeto na lide com o paciente e seu familiar neste grave momento de suas vidas, mas obviamente que os CP não se restringem a isso. Por isso é fundamental modificar esse paradigma – mediante uma nova proposta educativa social, desde a graduação, nos serviços de saúde e para a sociedade civil – apresentando os princípios norteadores dos Cuidados Paliativos enquanto uma ciência que visa a qualidade de vida de pacientes e familiares, no controle apurado de sintomas e da dor, e que demanda uma formação específica da equipe multiprofissional.

5 O termo fora de possibilidades terapêuticas (FPT) é usual entre os profissionais da saúde, até mesmo entre alguns paliativistas. Particularmente não compartilho desta referência aos nossos pacientes pela etimologia da palavra terapêutico, que se refere a qualquer medida que possa promover bem estar. Considerando-se que a essência dos Cuidados Paliativos seja justamente promover cuidado ao sofrimento em suas diferentes dimensões, questiono se de fato inexistem possibilidades medicamentosas, psicoterapêuticas, sociais ou religiosas/espirituais que não possam ser dispensadas ao paciente tendo em vista sua qualidade de vida. Todo paciente, por mais grave que seja seu estado global, merece algum tipo de intervenção que alivie seu sofrimento. O termo FPT deveria ser retirado do vocabulário comum dos profissionais da saúde, pois é uma forma de justificar o abandono dos pacientes ditos “terminais”, outro termo estigmatizante e que deve ser evitado.

1968, aproximava-se das práticas difundidas pelo moderno movimento *hospice*, e lá eram atendidos pacientes portadores de doenças ativas e terminais, especialmente câncer, hepatopatia, e AIDS.

Foi somente na década de 1980 que centros de CP surgiram com maior destaque no país, vinculados a serviços de oncologia e dor crônica, nos estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná, Rio de Janeiro e São Paulo. Em 1998 foi criada a primeira unidade pública de CP na cidade do Rio de Janeiro, o Hospital do Câncer IV do Instituto Nacional do Câncer – INCA⁶, que atualmente é a principal referência de CP no Brasil, com uma média de 13.000 atendimentos por ano.

Os serviços de CP no Brasil são polarizados especificamente nas regiões sul e sudeste e não há dados precisos de quantos são e a assistência prestada. O atraso do sistema de saúde brasileiro para o atendimento a pacientes sem possibilidades de cura física foi apresentado em uma pesquisa feita em quarenta países (ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT, 2010). Foram realizadas entrevistas com médicos e uma variedade de especialistas sobre diversos assuntos: expectativa de vida, produto interno bruto – PIB, direcionamento de verba para despesas com a saúde, serviço básico de saúde para assistência a pacientes moribundos, custos com os cuidados no fim da vida. Além disso, foi avaliado o nível de consciência do paciente frente à própria morte, numa escala de 1 a 5, sendo 1 (pouco ou não saber da própria morte) e 5 (alto nível de conhecimento sobre a própria morte). Outro indicador da pesquisa referia-se à existência (ou não) de uma política pública de cuidados paliativos no país. As conclusões da pesquisa apontaram o Reino Unido liderando o ranking, sendo que o Brasil ocupa o 38º lugar, seguido da Uganda e da Índia.

Com exceção da América do Norte, Europa e Austrália, os CP são subdesenvolvidos em todo o mundo e o acesso a esse tipo de serviço é raro (OMS, 2014). No atual sistema de saúde brasileiro a implementação de serviços de CP encontra vários obstáculos, dentre os quais destacam-se a precariedade da rede ambulatorial, reduzido número de profissionais para

6 O Instituto Nacional do Câncer – INCA é um órgão auxiliar do Ministério da Saúde, cujo principal objetivo é coordenar e integrar ações de prevenção e controle do câncer no Brasil.

a grande demanda de pacientes, péssimas condições de infraestrutura de hospitais e postos de saúde (incluindo a falta de medicamentos, curativos e leitos), má remuneração de profissionais, má gestão e desvios de verba pública.

A assistência à saúde para pacientes portadores de doenças crônico-degenerativas e não-responsivos a tratamento curativos não são priorizados pelos gestores, algo evidente pela inexistência de uma política pública específica de CP. Ademais, é notório o despreparo técnico, teórico e emocional dos profissionais de saúde ao lidarem com esses pacientes: há uma preocupação quanto ao abuso de opióides e morfina, que dificultam o fornecimento e acesso a drogas essenciais para alívio da dor e outros sintomas; dificuldade para diagnosticar a terminalidade e prevalência de intervenções médicas que prolongam o sofrimento do paciente (obstinação terapêutica) ao invés da prática da ortotanásia. Além disso, falta uma rede de apoio domiciliar para o tratamento paliativo e não há investimentos para pesquisa e desenvolvimento em cuidados paliativos (FLORIANI, 2009).

Apesar desta realidade, há alguns anos têm sido publicadas portarias e resoluções em torno dos CP, denotando interesse profissional acerca desta temática, dentre os quais mencionamos:

- Programa Nacional de Assistência à Dor e Cuidados Paliativos – 03/01/2002 GM/ nº 19);
- Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas respeitadas as competências das três esferas da gestão (08/12/2005 GM/MS nº 2.439);
- Internação Domiciliar no âmbito do SUS (19/10/2006 GM/MS nº 2529);
- Câmara Técnica em Controle da Dor e Cuidados Paliativos (12/12/2006 - GM/MS nº 3.150);
- Resolução sobre Ortotanásia: permite ao médico limitar ou suspender tratamentos que prolonguem a vida do paciente incurável na fase terminal de enfermidade garantindo controle de sintomas e alívio de sofrimentos (28/11/2006 – CFM nº 1.805);
- Regulamentação da Medicina Paliativa no Brasil (01/08/2011 – CFM nº 1973);
- Diretivas antecipadas de vontade (31/08/2012 – Resolução CFM nº 1.995).

Essas iniciativas empreendidas nos últimos anos poderão concretizar os CP como parte integrante e essencial nos serviços de atendimento à saúde em todo o país. Floriani (2009) sugere algumas estratégias para a implantação de uma rede de CP consistente e organizada:

Assessoramento técnico e organização de equipes qualificadas – segundo o autor, essas equipes seriam responsáveis pela monitoração do tratamento de pacientes com doenças avançadas, pois muitos abandonam os serviços de saúde quando na transição do tratamento curativo para o paliativo;

Política de liberação de drogas – para o desenvolvimento efetivo dos serviços de Cuidados Paliativos é fundamental a disponibilidade de opióides, sendo necessária uma revisão dos protocolos referentes à prescrição e dispensação dessas drogas;

Atenção ao cuidador informal – esta proposta coaduna com o ideal de humanização da filosofia dos CP uma vez que os cuidados não devem se restringir aos pacientes e profissionais, mas inclusive aos cuidadores informais (familiar, amigo etc.);

Criação de centros especializados em Cuidados Paliativos e Reestruturação Hospitalar – tal perspectiva necessita, fundamentalmente, da sensibilização dos gestores de saúde e a consequente priorização deste serviço aos usuários.

Além dessas propostas, Floriani (2009) aponta a necessidade de uma melhor *qualificação de recursos humanos* para a efetiva estruturação de um serviço de Cuidados Paliativos de qualidade e que atenda à crescente demanda em nosso país.

Não há dúvidas que a inserção dos Serviços de CP é desafiadora, pois necessita da articulação de diferentes ações a nível federal, social, institucional e educacional. Outro ponto a ser considerado refere-se às dimensões continentais do Brasil para a implementação de um programa de assistência à saúde pautada na filosofia dos CP, que é fundamentalmente diferenciado do paradigma biomédico.

Contribuições da Psicologia aos cuidados paliativos⁷

Como mencionado anteriormente, a situação de doença crônica confere ao paciente um sofrimento para além das dores físicas. Numa sociedade em que vige o ter e o fazer, os desafios impostos pelo adoecimento impactam, profundamente, na forma de ser-no-mundo do paciente. Este impacto não deve ser visto como uma via única e determinante que exclui aspectos subjetivos, contexto social, apoio emocional e outros fatores que participam da vivência do paciente. Assim, não compartilho com a ideia de respostas emocionais e comportamentos universalizantes, como se a condição de saúde-doença e/ou terminalidade determinassem os processos subjetivos de pacientes e/ou familiares. Diferentemente disto, defendo e observo, a partir da minha experiência como psicóloga e pesquisadora, a noção da singularidade dos processos humanos que se articulam recursivamente a elementos variados e de diferentes procedências em um sistema complexo (SILVA, 2008b).

Quando a doença evolui para um quadro de final de vida, aquele paciente que antes era um provedor da família ou uma jovem com sonhos e anseios, por exemplo, agora estão cerceados a um leito hospitalar aguardando a hora derradeira. Ao seu lado encontram-se familiares e amigos, geralmente imobilizados pela angústia e silêncio que denunciam um grande pesar frente à partida eminente daquele ser que tanto amam.

Nesse contexto surge a questão: qual seria o papel da(o) psicóloga(o) frente esta realidade? É um grande engano considerar que a atuação psicológica restrinja-se única e exclusivamente ao suporte emocional a pacientes e familiares. Esta concepção muitas vezes é reforçada pelo número irrisório dessas(es) profissionais no Sistema Único de Saúde – SUS. Quando essas poucas(os) profissionais se inserem nesses serviços, as demandas são imensas, impossibilitando-as(os) de atuarem em outras frentes. A esse

⁷ Considerando-se a especificidade da presente obra, destacarei o papel da psicologia, mas enfatizo que este só terá o seu devido valor quando inserido à equipe paliativista como mais um membro de igual importância aos demais. Na equipe paliativista não deve existir hierarquia entre seus membros: todos são fundamentais e devem ter por princípio a transdisciplinaridade e o auxílio mútuo, pautados pelos princípios dos Cuidados Paliativos.

respeito, é necessário e urgente que este paradigma se modifique, apontando os diversos benefícios que a psicologia pode promover desde a Atenção Básica até as Unidades Hospitalares de Alta Complexidade⁸.

Nos tópicos a seguir farei alguns apontamentos acerca das possíveis contribuições da psicologia no contexto de CP, a partir de uma postura profissional que transcende a assistência psicológica estritamente individual, enfatizando o papel político-educativo que a(o) psicóloga(o) pode assumir no que diz respeito à saúde pública em nosso país.

A inserção da(o) psicóloga(o) na equipe paliativista

A complexidade das demandas de pacientes e familiares requer uma atuação diferenciada dos profissionais da equipe paliativista. No caso do exercício profissional da(o) psicóloga(o) não poderia ser diferente, inclusive porque o sofrimento psicológico geralmente está entrelaçado com outras demandas, como por exemplo questões sociais: a angústia vivida pelo paciente que não conseguiu receber benefícios sociais que garantiriam a subsistência familiar; assuntos de cunho espiritual/religioso: um paciente diz temer a vida após a morte e tem apresentado quadros depressivos e insônia; ou o sofrimento decorrente da inabilidade do próprio paciente para manter a higiene pessoal, para alimentar-se oralmente etc. Esses exemplos apontam a importância de uma atuação conjunta⁹ entre os profissionais da saúde, atendendo aos princípios de Cuidados Paliativos da OMS.

Muitas das demandas de ordem psicológica podem ser recebidas por outros profissionais da equipe, e os mesmos poderão encaminhá-las para

8 Penso que este é um importante papel a ser fomentado pelo Conselho Federal de Psicologia e executado pelos Conselhos Regionais, demonstrando os diferentes papéis da psicologia no campo da saúde, que não se circunscreve à saúde mental.

9 A resolução CFP nº02/2001 prevê a atuação do psicólogo hospitalar junto com as equipes de saúde com os seguintes dizeres: “No trabalho com a equipe multidisciplinar, preferencialmente interdisciplinar, participa de decisões em relação à conduta a ser adotada pela equipe, objetivando promover apoio e segurança ao paciente e família, aportando informações pertinentes à sua área de atuação, bem como na forma de grupo de reflexão, no qual o suporte e manejo estão voltados para possíveis dificuldades operacionais e/ou subjetivas dos membros da equipe”.

a(o) psicóloga(o) que providenciará as intervenções necessárias a partir de sua formação específica aliada à filosofia dos CP. Contudo, o membro da equipe paliativista que inicialmente acolheu a demanda psicológica do paciente poderá conferir algum tipo de alívio¹⁰ – a partir de suas vivências profissionais e pessoais – e posteriormente encaminhá-lo para o atendimento psicológico.

Na equipe de CP, a(o) psicóloga(o) poderá também ofertar apoio emocional para os membros da equipe paliativista e intervir em situações de crise¹¹. Neste caso, por ser a(o) psicóloga(o) membro da mesma equipe, recomenda-se a realização de uma intervenção breve e focal. Convém lembrar que o colega da equipe é um ser humano em sofrimento que lida diariamente com a dor, angústia, medo e a morte. Essas vivências podem ocasionar diversas repercussões em sua vida, tais como depressão, quadros ansiogênicos, insônia, hipertensão, ansiedade, *burnout*, ideação suicida dentre outros (AVELLAR et al., 2007). Nesse sentido, a(o) psicóloga(o) deve estar atenta(o) às alterações comportamentais e emocionais dos colegas de equipe, intervir pontualmente e/ou fazer os encaminhamentos necessários segundo as diretrizes éticas que norteiam o trabalho em equipe multiprofissional.

Comunicação em cuidados paliativos

É inegável que o contexto de CP envolve diferentes e intensos sentimentos para todos os envolvidos (pacientes, familiares e equipe), e esta realidade pode interferir negativamente nas relações interpessoais e na

10 Esta conduta profissional respalda-se no princípio da transdisciplinaridade apresentado no Artigo III da Carta da Transdisciplinaridade, que a define nos seguintes termos: “A transdisciplinaridade é complementar à abordagem disciplinar; ela faz emergir do confronto das disciplinas novos dados que as articulam entre si; e ela nos oferece uma nova visão da Natureza e da Realidade. A transdisciplinaridade não busca o domínio de várias disciplinas, mas a abertura de todas elas àquilo que as atravessa e as ultrapassa”. Este princípio destaca a dinâmica da equipe paliativista, em que não há sobreposição de uma especialidade, mas uma articulação entre os membros a partir da realidade subjetiva de cada paciente que está em Cuidados Paliativos.

11 São inúmeras intervenções psicológicas que poderão ser realizadas e em diferentes relações, tais como profissional-paciente, profissional-familiar, profissional-profissional, profissional e si mesmo.

própria comunicação, uma importante demanda para atuação psicológica¹².

Inicialmente, pode-se definir a comunicação em CP como todo processo interacional que pode promover (ou não) compreensão, aceitação, respeito, abandono, descaso, companheirismo, afeto, consolo, segurança, raiva etc., entre as pessoas inseridas em diferentes contextos— atendimento ambulatorial, assistência domiciliar, enfermarias ou *hospices*.

A comunicação envolve a dimensão verbal (linguagem utilizada, tom de voz, conteúdo, profundidade das informações) e não-verbal (expressões faciais, maneira de tocar e olhar, a distância ou proximidade entre as pessoas). Além disso, a comunicação é um processo complexo em que diversos fatores a influenciam, como aspectos subjetivos dos profissionais de saúde, paciente e familiares, disponibilidade da equipe, contexto em que acontece a comunicação e a natureza do vínculo entre as pessoas. Um dos papéis da(o) psicóloga(o) da equipe paliativista é analisar e intervir sobre a qualidade do processo comunicacional (SILVA, 2008a):

Informação oferecida pela equipe – sem dúvida os profissionais da saúde são “mensageiros de más notícias” e geralmente não possuem capacitação adequada para isto. A dificuldade para tanto não se restringe ao desconhecimento de protocolos ou teorias, mas porque “dar más notícias” requer, necessariamente, uma disposição íntima de interação com o outro, em que os próprios valores e sentimentos entram em cena, fatores que geralmente são tidos como tabus para a prática profissional dita eficiente e técnica. Ao lidar com situações graves, geralmente os profissionais desenvolvem mecanismos de defesas, como a racionalização e o distanciamento, o que não colabora com a qualidade da comunicação e geralmente oculta o sofrimento do profissional. Neste caso é interessante que a(o) psicóloga(o) promova oficinas sobre comunicação e análise, junto aos profissionais: qual conteúdo é compartilhado, como é feito e se é útil para o paciente.

Informação retida pelo paciente – comumente, quando o paciente recebe notícias ruins (como a irreversibilidade da doença e encaminha-

12 A comunicação é um tema de importância para toda a equipe de CP. Meu enfoque é apresentar algumas contribuições da psicologia neste âmbito, não excluindo os benefícios que outros profissionais poderão conceder à esta questão.

mento para CP exclusivos), o impacto emocional é extremamente negativo ocasionando uma baixa diferenciação subjetiva (GONZALEZ-REY, 2006). Este conceito refere-se a um bloqueio psicológico ocasionado por situações estressantes e que altera, momentaneamente, o funcionamento normal das capacidades cognitivas, afetivas e sociais do paciente ou de seus familiares. Neste caso, cabe à(o) psicóloga(o) orientar a equipe sobre a naturalidade desta reação psicológica e que outros momentos serão necessários para esclarecimentos. A comunicação da equipe paliativista deve se pautar na compreensão da situação de sofrimento vivida, pela paciência, na utilização de uma linguagem acessível, pausada e tranquila, lembrando que a comunicação de más notícias é um processo, e não um momento estanque, devendo respeitar as condições emocionais das pessoas envolvidas.

Conhecimento que o paciente tem sobre seu estado de saúde – de forma geral prevalece entre os membros da equipe de saúde um paternalismo exacerbado que muitas vezes os impede de informar, verdadeiramente, sobre o estado de saúde e condutas terapêuticas que serão implementadas para o paciente. Essa omissão ao paciente é comum, e somente alguns familiares têm acesso a tais informações. Alguns profissionais justificam esta postura ao considerarem que tais conteúdos prejudicariam física e emocionalmente o paciente. Ao invés disso, estudos sobre comunicação e CP apontam que o conhecimento sobre si mesmo é importante para o paciente, inclusive para o desenvolvimento da autonomia, incluindo-se as diretivas antecipadas de vontade (KÜBLER-ROSS, 1997; SILVA, 2008a; DADALTO; GRECO, 2013). Uma ação da(o) psicóloga(o) neste caso é colaborar com os profissionais para que os mesmos possam se sentir fortalecidos ao compartilharem informações fidedignas sobre o estado de saúde ao próprio paciente. Reuniões com a equipe para discutir estratégias utilizadas por cada um, o compartilhamento dessas vivências e a reflexão sobre esses temas são úteis para a equipe.

Desejo que o paciente tem de receber informação – bom senso e humanização são dois fatores fundamentais para o exercício de qualquer profissional da saúde. Sendo assim, e assumindo-se o princípio da autonomia, o paciente tem o direito de saber (ou não querer saber) sobre seu estado de saúde. Neste quesito não podemos cair na armadilha de analisar este comportamento como uma negação do paciente e, portanto, deve ser

“tratada” com intervenções e técnicas psicológicas. Devemos, outrossim, sermos sensíveis à realidade única do paciente e respeitar suas escolhas. É importante lembrar que no contexto de CP a transmissão de informações deve se pautar na sinceridade prudente, ou seja, o conteúdo deve ser compartilhado gradativamente na medida que o paciente o solicita verbalmente (ou assim o demonstra pelo interesse, olhar e expressões corporais), com respeito, delicadeza e disponibilidade para prestar outros esclarecimentos que sejam necessários.

Satisfação com a informação recebida – um processo comunicacional efetivo é aquele que garante ao paciente satisfação com relação às informações recebidas, as dúvidas são sanadas e a maneira sensível pela qual o conteúdo foi transmitido. Para que a(o) psicóloga(o) possa analisar esta satisfação, é necessário um espaço para o paciente se expressar autenticamente, algo que deve ser incentivado por todos da equipe, já que nossa cultura motiva os doentes a assumirem uma postura de “paciente” em seu sentido pejorativo. Sendo assim, um dos papéis da(o) psicóloga(o) neste contexto é motivar o paciente a ser sujeito da saúde (SILVA, 2008b), com uma postura ativa e crítica, e que possa a partir de uma comunicação sincera questionar o saber médico, discordar ou mesmo sugerir mudanças na conduta clínica da equipe paliativista, compartilhando suas necessidades humanas.

Suporte psicológico à família

A assistência à família é outro princípio básico dos CP apresentado pela OMS. O paciente nos últimos momentos de vida geralmente encontra-se inapto para a interação, e neste caso a família é quem mais necessita de apoio e atenção de toda a equipe.

São inúmeras as repercussões entre os familiares de pacientes no final da vida. É importante destacar que tais vivências não se limitam ao contexto de CP, mas são perpassados por múltiplos fatores, tais como: relações interpessoais dos familiares, dinâmica familiar (fusional, distante, conflituosa), o papel social e afetivo desempenhado pelo paciente no núcleo familiar, valores, crenças e o suporte emocional oferecido pela equipe paliativista.

A OMS recomenda a assistência à família desde o diagnóstico da doen-

ça, tratamento, agravamento da doença, no momento da morte e reunião pós-óbito. Em cada uma dessas fases a família terá reações diferenciadas que estarão relacionadas às condições físicas do ente querido e influenciadas por questões econômicas, psicológicas e espirituais, e que não estão diretamente relacionadas somente ao processo saúde-doença do paciente.

Um sentimento comum observado entre familiares de pacientes no fim da vida é o conflito entre vida e morte: “quero ele vivo, apesar de estar tão doente” e “prefiro vê-lo partir, pois não agüento mais”, sendo que em ambas as vivências emocionais são, geralmente, carregadas pelo sentimento de culpa. Neste caso é interessante compreender as motivações desses sentimentos e a partir disso desenvolver um processo de “desculpabilização”, demonstrando ao familiar a naturalidade deste conflito, tendo em vista a complexidade dos cuidados dispensados no final da vida e a sobrecarga (física, mental, emocional e espiritual) decorrentes deles.

Políticas públicas e Psicologia: diálogos com os cuidados paliativos

Os princípios postulados pelos CP são um convite para uma revisão de prioridades na assistência à saúde e assumi-los requer, necessariamente, uma mudança de paradigmas e condutas das equipes de saúde. Contudo, o discurso e prática sanitária vigentes, o arsenal tecnológico, bem como a produção de bens e serviços disponíveis são impotentes para a implementação de políticas públicas que atendam às necessidades dos milhares de pacientes com indicação para CP. As ações governamentais neste contexto são incipientes, que podem ser analisadas, inicialmente, como uma negligência consciente ou dificuldades dos gestores para reestruturar e adequar os serviços de saúde.

Para que a psicologia possa, de fato, comprometer-se com políticas públicas em CP, é imperiosa uma profunda modificação na formação acadêmica das futuras gerações de psicólogas(os) brasileiras(os). O que se vê atualmente são currículos ultrapassados, pobreza intelectual entre as(os) estudantes, desinteresse dos docentes em fomentar novas reflexões acerca da atuação profissional e a utilização desmedida de compêndios psicológicos do século passado. É claro que não se pode desconsiderar o conhecimento de nossas raízes históricas e os grandes clássicos da Psicologia. Contudo,

é imprescindível o acompanhamento das discussões contemporâneas que não se circunscrevem à “velha psicologia”, abordando as revoluções do saber de diferentes áreas do conhecimento como a Antropologia, Sociologia, Linguística e Filosofia, além temas de interesse social que possibilitarão a inclusão da(o) psicóloga(o) nos diferentes contextos profissionais.

Benevides (2013) aponta sobre a necessidade de se problematizar as interfaces entre a Psicologia e a Saúde Pública mediante uma análise das práticas psicológicas e seus objetivos, analisar como essas ações podem ser desenvolvidas com os demais profissionais da Saúde e sociedade civil, com o intuito de juntos construir novos modelos de saúde pública.

No caso específico de CP, é importante destacar que a proposta da transdisciplinaridade requer, necessariamente, uma postura diferenciada da(o) profissional da Psicologia que precisa suplantar os conhecimentos *psi*, a partir de uma visão de mundo e ciência que abarque as outras profissões que compõem a equipe paliativista. Além disso, é fundamental o conhecimento de temas recorrentes da práxis paliativista, tais como bioética, espiritualidade, ortotanásia, dor total, termos técnicos, protocolos de assistência, medicações usuais e efeitos colaterais. Certamente que esses conhecimentos não terão a mesma profundidade das teorias e técnicas psicológicas, mas serão fundamentais para que a(o) psicóloga(o) participe, efetivamente, das discussões de casos e compreensão das condutas clínicas acordadas pela equipe paliativista.

O Conselho Federal de Psicologia prevê a atuação da(o) profissional de Psicologia no âmbito da Saúde Pública nos seguintes segmentos: atenção básica, atenção especializada, atenção às urgências, vigilância em saúde, atenção integral à saúde, rede de saúde mental, atenção integral à saúde da pessoa idosa, atenção aos portadores de doenças crônicas e atenção à saúde indígena (CFP, 2013). Considerando a abrangência dos CP, considero ser necessária uma atualização dessas áreas de atuação com as seguintes especificações: atenção aos portadores de doenças crônico-degenerativas e seus familiares; atenção especializada em serviços de CP (ambulatórios, enfermarias, internação domiciliar e *hospices*) e atenção a pacientes em terminalidade de vida.

Para o desenvolvimento de novas ações e programas em Saúde Pública, cabe à(o) psicóloga(o) analisar os diferentes processos subjetivos

que perpassam as pessoas e os diferentes espaços sociais (escolas, hospitais e instituições governamentais e não-governamentais) quando se trata de temas vinculados aos CP, tais como adoecimento crônico, ortotanásia, testamento vital, sofrimento, dor e morte. Esses processos subjetivos são definidos por Gonzalez Rey como subjetividade social, “... um sistema complexo exhibe formas de organização igualmente complexas, ligadas aos diferentes processos de institucionalização e ação dos sujeitos nos diferentes espaços da vida social dentro dos quais se articulam elementos de sentido procedentes de outros espaços sociais” (GONZALEZ REY, 2003, p. 203). Este conceito tem um valor heurístico fundamental para a questão discutida referente à interface entre a Psicologia, políticas públicas e CP, uma vez que se propõe a ideia de um funcionamento social que extrapola um determinado espaço concreto (como uma Unidade de Cuidados Paliativos, por exemplo) articulando-o a outros processos da sociedade.

Portanto, a categoria subjetividade social possibilita compreender que os processos subjetivos são constituídos cultural e historicamente, compartilhados em diferentes cenários sociais, como nos institutos acadêmicos e na convivência social comum. Mediante esta categoria é possível analisar a complexidade imbricada nos processos de implementação de serviços para pacientes em CP, da omissão dos gestores públicos frente esta problemática, a escassez de profissionais aptos (técnica e emocionalmente) para lidar com pacientes gravemente enfermos e no leito de morte. A partir desse olhar crítico, a(o) psicóloga(o) pode sugerir práticas educativas em saúde para a comunidade (como fomentar fóruns participativos), debates no espaço acadêmico sobre temas relativos aos princípios dos CP, bem como articular pactuações com Organizações Não-Governamentais. Outras ações que podem ser desenvolvidas por essas(es) profissionais são:

- Sensibilizar gestores e sociedade sobre os CP enquanto uma importante estratégia de saúde e que atualmente é negligenciada;
- Organizar, criar e participar de comitês para o treinamento de profissionais da saúde;
- Desenvolver e/ou aperfeiçoar programas de disponibilização de medicamentos com especial atenção à desburocratização, sem olvidar os princípios legais e éticos na dispensação dos opióides;
- Colaborar na elaboração de leis para proteção dos profissionais da saúde, pacientes e familiares.

Todos esses papéis podem ser amplamente desenvolvidos por nossa categoria profissional, sendo necessário também o apoio técnico de outros profissionais. Para alcançar os objetivos propostos, é necessário que as(os) psicólogas(os) tenham formação acadêmica diferenciada condizente à filosofia dos CP, atualização referente às legislações vigentes e conhecimento da realidade vivida pelos profissionais, pacientes e familiares. Esta nova postura profissional refletirá o compromisso social da nossa categoria profissional, que condiz com a orientação do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2013, p. 09): “[...] a psicóloga (o) é capaz de compreender aspectos subjetivos que são constituídos no processo social e, ao mesmo tempo, constituem fenômenos sociais, possibilitando que tais políticas efetivamente garantam direitos humanos”.

Conclusão

Os CP referem-se a uma importante estratégia para a saúde pública, pautados em bases filosóficas em que se destacam a integralidade, o trabalho multiprofissional e a humanização. As contribuições da(o) psicóloga(o) neste contexto não se limitam ao atendimento psicológico individual ao paciente, ultrapassando as barreiras institucionais ao se considerar a complexidade dos CP e sua importância para a saúde pública. A partir desta perspectiva, é plausível à(ao) psicóloga(o) atuar desde o desenvolvimento de práticas educativas até a gestão pública, com vistas à promoção de saúde para as pessoas envolvidas nos CP: pacientes, familiares e equipe paliativista. Esta perspectiva é respalda pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005), que considera como responsabilidades do psicólogo:

Abrir espaço para a discussão, pelo psicólogo, dos limites e interseções relativos aos *direitos individuais e coletivos*, questão crucial para as relações que estabelece com a sociedade, os colegas de profissão e os usuários ou beneficiários dos seus serviços; *Contemplar a diversidade que configura o exercício da profissão e a crescente inserção do psicólogo em contextos institucionais e em equipes multiprofissionais.* (p. 6, grifos da autora)

Nesta breve citação, fica patente que a Psicologia pelo seu papel político-educativo que pode (e deve) contribuir em ações, programas, desenvolvimento de projetos e regulamentações que viabilizem ao Estado assistir de maneira equitativa os distintos interesses sociais e possibilitar a promoção da qualidade de vida e dignidade a milhares de pacientes em CP e seus familiares que, lamentavelmente, são ainda marginais do sistema de saúde.

A Psicologia é, portanto, um instrumento em potencial para ampliar e facilitar o acesso da sociedade aos serviços de saúde, pautada pelos princípios da igualdade e da democracia. Para que se alcance este ideal, são necessárias ações educativas das futuras gerações de profissionais da saúde, capacitações com equipes multiprofissionais, divulgação da filosofia dos CP para a sociedade civil, sensibilização de gestores, investimento de recursos financeiros para formação profissional, estruturação de serviços de CP, e fomentar projetos que viabilizem o acesso de pacientes e familiares ao sistema de saúde.

Referências

- AVELLAR, L. Z. et al. O sofrimento psíquico em trabalhadores de enfermagem de uma unidade de oncologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 475-481, 2007.
- BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 21-25, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Resolução nº 02/2001**. Brasília, DF, 2001.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP, 2005.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Como a Psicologia pode contribuir para o SUS: orientações para gestores. Brasília: CFP, 2013.
- DADALTO, L. et al. (2013) Diretivas antecipadas de vontade: um modelo brasileiro. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 463-476, 2013.
- ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**: seguido de envelhecer e morrer. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- GONZALEZ REY, F. L. **Sujeito e Subjetividade**: uma aproximação histórico-cultural. São Paulo: Thomson, 2003.
- GONZÁLEZ REY, F. L. As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer. **Psicologia: Teoria e Prática**, v. 8, n. 2, p. 69-85, 2006.

KUBLER-ROSS, E. **A morte**: um amanhecer. São Paulo: Ed. Pensamento, 1991.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a Morte e o Morrer**: o que os doentes têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1997.

ECONOMIST INTELLIGENCE UNIT. **The Quality of Death**: Ranking End-of-Life Care Across the World. London: EIU, 2010.

MACIEL, M. G. S. Definições e Princípios. In: OLIVEIRA, R. A. (Org.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008. p. 16–32

MELO, G. C.; CAPONERO, R. Cuidados Paliativos – abordagem contínua e integral. In: SANTOS, F. S. (Org.). **Cuidados Paliativos**: discutindo a vida, a morte e o morrer. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 257–267.

NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. Hospices, Cuidado Paliativo e o Novo Paradigma de Saúde. In: NASCIMENTO-SCHULZE, C. M. (Org.). **Dimensões da Dor no Câncer** reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo: Robe Editorial, 1997. p. 65–81.

Organização Mundial da Saúde. **National cancer control programmes**: policies and managerial guidelines. Genebra: WHO, 2002.

SAUNDERS, C. **Foreword**: Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Derek Doyle, 1993.

SILVA, M. J. P. Falando da Comunicação. In: OLIVEIRA, R. A. (Org.). **Cuidado Paliativo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2008a.

SILVA, G. F. Os sentidos subjetivos de adolescentes com câncer. 2008. 164 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2008b.

WORLD HOSPICE & PALLIATIVE CARE DAY. **Millions of older people miss out on end of life care**. London: Hospice House, 2012.

17. ATUAÇÃO DA PSICOLOGIA EM HIV/AIDS: REFLEXÕES E EXPERIÊNCIAS A PARTIR DE UM PROJETO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA

Eliane Maria Fleury Seidl

A participação de profissionais da Psicologia em programas e serviços em HIV/Aids pode ser observada desde o início da epidemia, em especial nas unidades que integram a rede do Sistema Único de Saúde em nível municipal e estadual. As implicações psicológicas e psicossociais do diagnóstico de infecção pelo HIV – em função da gravidade da condição de soropositividade, do fato de ser incurável e ainda estigmatizante – redundou na imprescindibilidade e na relevância da composição de equipes interdisciplinares para a atenção a pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA), sendo que a inserção de psicólogos tem sido valorizada e recomendada notadamente por profissionais de outras categorias e por gestores de políticas públicas do setor de Saúde.

Nesta perspectiva, documentos normativos foram elaborados, sendo o mais recente a Portaria nº 1 de 16 de janeiro de 2013 do Ministério da Saúde, que modificou documentos anteriores e aprimorou o regulamento para serviços de atenção às DST/HIV/Aids, ao definir aspectos organizacionais e de funcionamento, incluindo o psicólogo, ao lado de profissionais da Medicina, da Enfermagem e do Serviço Social, como integrante da equipe mínima necessária para as unidades de Saúde.

Publicações também reforçaram a atenção em Saúde Mental nos serviços especializados em DST/HIV/Aids (BRASIL, 2012), de modo a garantir práticas de saúde equânimes, integrais e de qualidade a PVHA, seus (suas) parceiros(as) e seus familiares. Outro indicativo da relevância do papel da Psicologia nesta área de atuação foi o trabalho realizado pelo Conselho Federal de Psicologia – por meio do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) –, na elaboração de um documento sobre referências técnicas para atuação do psicólogo na

área de DST/HIV/AidsHIVHIVAAids (CPF, 2008). Esta iniciativa, que teve participação de psicólogos inseridos nesta modalidade de serviços em diferentes estados brasileiros, permitiu delinear diretrizes norteadoras de práticas de profissionais da Psicologia que atuam nesse campo das políticas públicas de Saúde.

Outra vertente de contribuição importante no âmbito das DST/HIV/Aids vem de instituições formadoras, como as universidades. Diversas experiências no âmbito da produção de conhecimento e da pesquisa, de ações de capacitação e de extensão têm sido desenvolvidas em estabelecimentos universitários. É deste local que a autora do presente capítulo pretende estimular a reflexão sobre práticas do psicólogo, discorrer sobre políticas e temas importantes na área do HIV/Aids, relatar experiências de atendimento a PVHA em projeto de extensão universitária, bem como focalizar novos desafios que a atuação em HIV/Aids apresenta.

Nesta perspectiva, o presente capítulo tem por objetivo contextualizar aspectos históricos e atuais da epidemia, bem como resgatar conceitos e princípios do Sistema Único de Saúde e das políticas públicas em HIV/Aids que permitiram a inserção e o fortalecimento da Psicologia. Pretende ainda relatar experiências vivenciadas no Projeto Com-Vivência (Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Vivendo com HIV/Aids e Familiares), ação extensionista desenvolvida no Hospital Universitário de Brasília desde 1996, que articula o tripé ensino, pesquisa e prestação de serviço na área de HIV/Aids. Por fim, inovações técnicas no campo da assistência em HIV/Aids são abordadas, visando refletir e discutir sobre desafios que estas colocam para as equipes de Saúde de modo geral, e para o psicólogo em particular: o novo protocolo para início do tratamento antirretroviral, respaldado na política “tratamento como prevenção”.

Breve histórico da epidemia de Aids

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é responsável por uma das mais devastadoras pandemias da história da humanidade: a da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids). Dados da UNAIDS (2014) revelam que cerca de 40 milhões de pessoas estão infectadas pelo vírus da Aids no mundo.

A Aids foi reconhecida em meados de 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), a partir da identificação de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais, moradores de São Francisco ou de Nova York, que apresentavam comprometimento do sistema imune, o que levou à hipótese de que se tratava de uma nova doença, de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível. Em 1981, o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) dos EUA publicou um artigo sobre cinco homens homossexuais que foram diagnosticados com um tipo raro de pneumonia (causada pelo *Pneumocystis carinii*). Este fato marcou o início oficial da doença nos EUA e no mundo, que passou a ser estudada para que se pudesse definir seu perfil clínico e epidemiológico. Como muitos dos pacientes inicialmente diagnosticados eram homossexuais, isto levou à hipótese que a enfermidade estivesse de alguma forma associada a esta orientação sexual. Assim, a doença ficou conhecida, de forma preconceituosa, como “câncer gay” (LIMA et al., 1996).

Portanto, nos primeiros anos da epidemia, diante do esforço para compreender as tendências epidemiológicas desta nova enfermidade, foi observada uma maior incidência entre pessoas que compartilhavam algumas características, o que possibilitou a classificação dos chamados “grupos de risco” para a infecção pelo HIV: homossexuais e bissexuais masculinos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo (LIMA et al., 1996). Diante da ocorrência, entretanto, de casos entre pessoas heterossexuais, crianças nascidas de mulheres soropositivas e pessoas submetidas à transfusão de sangue, como os hemofílicos, esta características epidemiológicas sugeriam uma enfermidade de etiologia infecciosa, transmitida por via sexual, sanguínea e vertical.

Atualmente, a noção de “grupo de risco” está superada, e se fala em situações ou contextos de risco e vulnerabilidades. Trata-se de uma epidemia que atinge todos os segmentos das populações e todos os países do mundo, em especial aqueles em condições de pobreza. A categoria de exposição relações sexuais sem proteção é responsável pela maioria dos casos notificados em nível mundial. A Aids é, portanto, uma doença também sexualmente transmissível que atinge, na grande maioria, pessoas em idade produtiva e reprodutiva.

Em 1986, foi aprovado pelo *Food and Drug Administration* (FDA), órgão norte-americano de controle de medicamentos, o primeiro fármaco

com atividade antirretroviral, a zidovudina ou AZT, que se revelou como uma droga com impacto discreto sobre a redução da mortalidade de pacientes com HIV/Aids. Em 1994, um novo grupo de drogas antirretrovirais passou a ser estudado – os inibidores da protease –, cujo uso em associação com drogas como a zidovudina apresentou efeitos relevantes na sobrevida de pessoas infectadas. Em seguida, outros medicamentos do grupo dos inibidores da transcriptase reversa foram lançados, aumentando as possibilidades de escolhas de tratamento. Constatou-se, então, a diminuição da morbimortalidade, devido à redução da carga viral plasmática e à reconstituição da capacidade imunológica de pessoas infectadas. Estudos revelaram que a combinação das diferentes classes de medicamentos reduzia, de forma relevante, a progressão da infecção (CHEN et al., 2007).

Segundo dados nas Nações Unidas (UNAIDS, 2014), 40,3 milhões de pessoas foram vítimas da epidemia em nível mundial, sendo que 3,1 milhões morreram por doenças relacionadas à Aids. O relatório da UNAIDS assinala ainda aspectos relevantes da epidemia que merecem ser enfatizados, presentes nos dias atuais: (1) apesar da redução dos índices de morbidade e mortalidade, ainda se constata um crescimento no número de casos novos em quase todas as regiões do mundo; (2) evidencia-se a manutenção da tendência epidemiológica de feminização da pandemia, já que as mulheres respondem por mais da metade dos casos novos de Aids; (3) observa-se a melhora na qualidade de vida e na longevidade de pessoas soropositivas, mesmo daquelas que residem em países de rendas baixa e média, em função da disponibilidade do terapia antirretroviral (TARV).

Dados epidemiológicos brasileiros

Segundo dados do Ministério da Saúde, de 1980 a junho de 2014, foram notificados 756.998 casos de Aids, sendo 491.747 (65%) em homens e 265.251 (35%) em mulheres. Os dados de prevalência têm indicado que o padrão brasileiro é de uma epidemia concentrada: segmentos populacionais de maior vulnerabilidade apresentam índices bem mais elevados que a população geral, cuja prevalência é de 0,4%: 10,5% entre homens que fazem sexo com homens (HSH), 5,9% entre usuários de drogas injetáveis e 4,9% entre mulheres profissionais do sexo (BRASIL, 2014). Este padrão da epidemia no Brasil coloca desafios para profissionais e gestores, tanto

para a prevenção quanto para a assistência, tendo em vista o aumento de casos entre estes segmentos que apresentam risco acrescido de infecção pelo HIV.

Outro dado digno de nota é a maior concentração dos casos no Brasil entre indivíduos com idade entre 25 a 39 anos em ambos os sexos; entre os homens, essa faixa etária corresponde a 54%, e entre as mulheres, 50,3% do total de casos até junho de 2014 (BRASIL, 2014).

Até junho de 2014 foram identificados 278.306 óbitos por Aids no país, porém a queda nos níveis de mortalidade vem sendo observada em decorrência da disponibilidade da TARV de forma universal. Com base no coeficiente de mortalidade padronizado, tem sido observada uma tendência significativa de redução do número de óbitos nos últimos 10 anos no país, que passou de 6,1 óbitos para cada 100 mil habitantes em 2004 para 5,7 em 2013, significando uma queda de 6,6%. No entanto, há desigualdades regionais nesta tendência, pois as regiões Norte e Nordeste apresentaram aumento no número de óbitos por Aids nos últimos dez anos, diferentemente das regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste, que registraram decréscimo neste indicador (BRASIL, 2014).

O Ministério da Saúde aponta ainda dados de grande relevância, como a diminuição de 35,7% nos últimos dez anos nas taxas de detecção de Aids em crianças com menos de cinco anos, que indica o sucesso das medidas de prevenção da transmissão vertical do HIV em gestantes soropositivas. No entanto, também há diferenças importantes entre as regiões no que tange a esta tendência, com maior redução nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste e leve aumento nas regiões Norte e Nordeste.

Por fim, cabe ressaltar que algumas tendências epidemiológicas no Brasil se mantêm há mais de uma década: feminização, heterossexualização e pauperização. A heterossexualização tem acarretado a feminização da epidemia, representada pelo aumento da participação de mulheres no conjunto de casos da doença. A pauperização da epidemia refere-se ao aumento dos casos nos segmentos populacionais de nível socioeconômico desprivilegiado, indicador que tem sido avaliado a partir do nível de escolaridade da população infectada.

Sistema Único de Saúde: breve panorama histórico e a epidemia de Aids

Cabe destacar que a epidemia de Aids eclodiu quando a luta pela Reforma Sanitária brasileira se consolidava, movimento social que teve crescimento e fortalecimento a partir dos anos 1970. As políticas públicas na área de HIV/Aids se solidificaram em serviços e programas de um sistema de Saúde que estava em implantação, aprovado pelo Parlamento brasileiro no processo constituinte. Assim, emergiram no cenário brasileiro fatos que indicavam um ponto de inflexão nas políticas e no sistema de Saúde do país. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, foi um marco neste processo de mudanças, quando foram legitimados os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária brasileira que deram origem ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal, promulgada em 1988, reafirmou os pressupostos do movimento da Reforma Sanitária, bem como as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando o acesso à Saúde passou a ser garantido como direito de cidadania, e sua promoção como dever do Estado. O artigo 196 da Carta Magna reza que:

A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas: sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros; agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1988).

Com a promulgação da Lei 8080 – Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990) –, consolidaram-se os princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde. A universalização é um deles, ou seja, a rede pública de Saúde e os serviços privados contratados devem atender a população em caráter universal, o que significa atender a todos, de acordo com suas necessidades, independente de pagamento. Assim, saúde é um direito de cidadania e cabe ao Estado assegurar este direito (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, 2002).

O princípio da equidade preconiza que todos têm direito às ações e serviços de Saúde no território nacional, devendo ser observadas as ne-

cessidades de cada pessoa, as situações de maior risco e vulnerabilidades, bem como as especificidades regionais e culturais. Assim, a equidade visa diminuir as desigualdades, pois as pessoas e grupos sociais não são iguais e, por isso, têm necessidades diferentes. Equidade, portanto, significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior, para reduzir vulnerabilidades.

A integralidade significa a atenção para o indivíduo e a coletividade, sem dicotomia entre ações e serviços preventivos e curativos. Atenção integral representa, ainda, considerar a pessoa em sua totalidade, atendendo às suas demandas e necessidades como um ser biopsicossocial.

Vale destacar ainda os princípios organizacionais do Sistema Único de Saúde, estabelecidos na Lei 8080, a saber: descentralização – a gerência e execução dos serviços é de responsabilidade dos municípios e dos estados, além da União; unicidade – embora descentralizado, o sistema tem um comando único em cada esfera de governo, o que possibilita o controle evitando a duplicação de esforços e de recursos financeiros; controle social – a sociedade participa da gestão do sistema por meio dos Conselhos de Saúde, órgãos permanentes de decisão, presentes nas esferas federal, estadual e municipal. São instâncias de controle e de participação social na definição das políticas de Saúde, que têm funções de planejamento e de fiscalização das ações de Saúde.

É possível afirmar que a concepção ampliada dos determinantes e condicionantes da saúde e da doença reorientou práticas de atenção desenvolvidas no Brasil no âmbito do Sistema Único de Saúde, norteando a disponibilização de cuidados com base no acolhimento, formação de vínculo e perspectiva solidária com o paciente e sua família, ao lado da efetivação de projetos terapêuticos de forma compartilhada (SCOREL et al., 2007).

Esse ideário, que embasa e caracteriza as ações de saúde no Sistema Único de Saúde, fortaleceu a interdisciplinaridade como diretriz para a composição das equipes profissionais, o que ampliou espaços de inserção de diversas categorias, entre elas a Psicologia. Não resta dúvida que o crescimento relevante da Psicologia no campo da Saúde teve influências das políticas de Saúde brasileiras. À guisa de exemplo, estudos realizados sobre o trabalho do psicólogo no Brasil revelaram o crescimento acentua-

do da Psicologia da Saúde, expresso pelo grande aumento no número de profissionais que relataram este campo de atuação em pesquisa sobre o trabalho do psicólogo no País, em grande parte atuando em serviços públicos (GONDIM et al., 2010).

Tal como mencionado, foi no cenário de implementação e de fortalecimento do Sistema Único de Saúde que as políticas públicas no âmbito de HIV/Aids também foram implementadas e se fortaleceram.

Políticas públicas de HIV/Aids no Brasil

O primeiro programa oficial de controle da Aids foi criado em 1983, em nível estadual, a partir de ações integradas da comunidade gay com técnicos da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Em seguida foi oficializado outro programa, nos mesmos moldes, no Estado do Rio de Janeiro. Esta organização nos dois estados brasileiros que tinham a maior incidência de casos redundou na criação de um programa na esfera federal, no âmbito do Ministério da Saúde (GALVÃO, 2000).

Em 1986, foi criado o Programa Nacional de DST e Aids no Ministério da Saúde, período caracterizado por índices elevados de mortalidade da doença devido à falta de tratamento eficaz. Com a promulgação da Constituição brasileira, em 1988, o programa brasileiro ganhou mais força e apoio, inclusive de organismos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em 1994, o Ministério da Saúde, mediante acordo com o Banco Mundial, procedeu à compra dos primeiros medicamentos antirretrovirais no Brasil; mas foi em 1996 que o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais foi estabelecido, sendo que fomos um dos primeiros países a adotar esta política (LEITE et al., 1996).

Tal como mencionado, os primeiros medicamentos antirretrovirais propiciaram benefícios restritos, pois sua eficácia sobre a redução da quantidade de vírus no organismo era limitada, com efeitos reduzidos na recuperação da capacidade imunológica. Em 1996, a nova classe de medicamentos antirretrovirais possibilitou maior eficácia do tratamento, o que deu início à redução acentuada do número de óbitos por Aids. O principal objetivo da TARV é retardar o surgimento do quadro de imunodeficiência

ou restaurar a condição de imunidade da pessoa infectada, mediante a inibição da multiplicação viral, na medida em que o HIV é responsável pela destruição dos linfócitos T e CD-4, e por alterações no sistema imunológico das pessoas infectadas. Em decorrência, com o advento do tratamento – e a possibilidade de recuperação do sistema imunológico devido à acentuada redução de cópias virais –, é observada a melhoria da qualidade de vida de pessoas com HIV/Aids, de modo que a enfermidade adquiriu perfil de enfermidade crônica: não tem cura, mas tem tratamento.

Enfermidades crônicas têm se constituído em grandes desafios, tendo em vista as exigências do tratamento e também aquelas decorrentes de condições limitantes da própria doença. Podem ser caracterizadas como enfermidades que possuem, de modo geral, duração prolongada e desenvolvimento lento, com efeitos de longo prazo para pacientes e familiares. Ademais, podem afetar a capacidade funcional do paciente e exigem cuidados especiais, como atenção individualizada, procedimentos específicos de tratamento e adesão a regimes terapêuticos (FREITAS; MENDES, 2007). Em um país em que a universalização do tratamento é uma realidade, a Aids se configurou como uma enfermidade crônica.

O ano de 1996 foi, portanto, um marco no combate à epidemia no Brasil, pois a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, tornou obrigatória a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais pelo Sistema Único de Saúde, garantindo a disponibilidade do tratamento de forma universal. Marins (2010) publicou um estudo que compilou e analisou diversas pesquisas acerca dos avanços no uso dos antirretrovirais em nível mundial, afirmando a importância da TARV devido à disponibilidade de medicamentos que combatem de modo eficaz a replicação viral e, conseqüentemente, permitem a recuperação do sistema imunológico. O estudo concluiu que a universalidade do acesso aos antirretrovirais é de fundamental relevância para a qualidade de vida e a redução da morbimortalidade por Aids. No entanto, muitos países ainda não têm este direito garantido, política já bem consolidada no Brasil. Em dezembro de 2014, dados do Ministério da Saúde indicam que quase 400 mil pessoas soropositivas estão em uso de TARV no país (BRASIL, 2014).

Há pouco mais de 30 anos do advento da Aids, as políticas públicas brasileiras vêm sendo reconhecidas como uma referência internacional na luta contra a epidemia. Respalhada pelas diretrizes do Sistema Único de

Saúde, a resposta brasileira à Aids alia assistência à prevenção, norteadas pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade da atenção, controle social e interdisciplinaridade. Um aspecto que tem caracterizado a resposta brasileira é o envolvimento de representantes de movimentos sociais – de pessoas com HIV/Aids, população LGBT, profissionais do sexo, organizações não governamentais –, ao lado de profissionais de Saúde, pesquisadores e gestores que participam nos processos de tomada de decisão e na definição de rumos das políticas nacionais, o que configura uma atuação democrática.

Segundo Matos (2003), a resposta governamental brasileira à epidemia:

(...) pode ser considerada uma experiência bem-sucedida de uma política de enfrentamento de uma doença, pautada pelo princípio da integralidade. Ela contempla tanto ações preventivas como assistenciais e, ao fazê-lo, incorpora as preocupações com o alto custo das ações assistenciais, que é visto como potencial obstáculo a ser superado. Ao invés de deixar de oferecer tais ações assistenciais, a resposta governamental busca viabilizar o acesso universal e igualitário a elas. Ademais, a política brasileira frente à Aids tem buscado uma apreensão ampliada das necessidades específicas dos diversos grupos sociais vulneráveis à Aids, assim como do conjunto da população. (p. 58)

Pode-se concluir que a política pública de enfrentamento à Aids no país tem como meta ampliar as ações preventivas, reduzir os números de casos novos e melhorar a qualidade de vida das PVHA. Nesta perspectiva, diretrizes para a melhoria dos serviços oferecidos a pessoas soropositivas foram estabelecidas, incluindo o aprimoramento dos processos de gestão, a constituição de equipes interdisciplinares e a definição de indicadores para monitorar a qualidade da atenção ofertada a PVHA na rede de serviços do Sistema Único de Saúde (NEMES et al., 2009).

O Projeto Com-Vivência no Hospital Universitário de Brasília

Para compreender o processo de criação e implementação do Projeto Com-Vivência (Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Vi-

vendo com HIV/Aids), é necessário apresentar, de forma sucinta, aspectos históricos da instituição que o hospeda desde 1996, o Hospital Universitário de Brasília (HUB).

O Hospital Universitário de Brasília teve seu funcionamento autorizado pelo Decreto nº 70178 de 21 de fevereiro de 1972, tendo como entidade mantenedora o Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado (IPASE). Oficialmente, em agosto do mesmo ano, foi inaugurado recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM). Inicialmente, a instituição dedicou-se ao atendimento apenas de servidores públicos federais, ficando conhecido como Hospital dos Servidores da União (HSU).

Naquela época, o hospital atendia à política vigente de atenção à Saúde, seguindo o modelo de seguro social que caracterizou a atenção previdenciária no Brasil e na América Latina. Desta forma, tinha uma política excludente, de ideologia corporativa. Em dezembro de 1979, o hospital passou a ser administrado pela Universidade de Brasília, fruto de convênio com o INAMPS.

Em 1987, recebeu o nome de Hospital Docente Assistencial (HDA), após ter sido integrado à rede de serviços do Distrito Federal, mediante convênio da Universidade de Brasília com órgãos ministeriais, fato que consolidou o 38º hospital universitário em funcionamento no país. Depois de reivindicações e manifestações públicas de professores e estudantes que exigiam sua cessão definitiva à Universidade de Brasília, em 3 de abril de 1990, o hospital foi cedido pelo INAMPS à Universidade de Brasília, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília (HUB). Desde então, vem funcionando como hospital-escola, espaço de formação de alunos de graduação de diversos cursos da área de Saúde, além da Psicologia e do Serviço Social, bem como de residentes de diferentes especialidades médicas. Desde 2010, a partir da criação da residência multiprofissional, tem contribuído com a formação de residentes de Enfermagem, Serviço Social, Fisioterapia, Odontologia, Nutrição, Farmácia e Psicologia.

A implantação do Projeto Com-Vivência, em março de 1996, como projeto de extensão de ação contínua, vinculado ao Decanato de Extensão da Universidade de Brasília, significou a abertura de espaços privilegiados para a concretização dos objetivos do Hospital Universitário de Brasília:

local de aprendizagem, produção de pesquisa e de conhecimentos, associados ao exercício profissional e à prestação de serviços à comunidade.

Nesta perspectiva, a implementação do projeto e sua viabilização teve como pressuposto a consolidação de novos modelos de ensino e de assistência à saúde. Sua motivação principal foi estabelecer uma equipe interdisciplinar em HIV/Aids no hospital, articulando Psicologia e Serviço Social à Medicina, à Farmácia, à Nutrição e à Enfermagem. Os professores idealizadores e criadores do projeto de extensão – Mário Angelo Silva, vinculado ao Departamento de Serviço Social, e Eliane Maria Fleury Seidl, do Instituto de Psicologia – consolidaram um campo de práticas profissionais para estágio supervisionado em nível de graduação e de extensão para a Psicologia e para o Serviço Social. Ambos tinham história de atuação e pós-graduação no âmbito da Saúde Pública, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Os objetivos principais do projeto são: (1) prestar atendimento psicológico e social a pessoas vivendo com HIV/Aids e seus familiares, em nível ambulatorial, bem como a pacientes internados na enfermaria e no pronto-socorro do HUB; (2) desenvolver ações preventivas e educativas sobre aspectos referentes a HIV/Aids junto à comunidade em geral. Considera-se que o processo saúde-doença é multidimensional e que uma abordagem abrangente, que integre aspectos médicos e psicossociais, é crucial. Ademais, em determinados momentos, questões psicossociais em uma condição crônica, de longa duração, são demandas mais urgentes que as médicas. Nesta perspectiva, intervenções para propiciar a compreensão e aceitação da condição de soropositividade, o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento em relação aos desafios da enfermidade, mais autocuidado e melhor adesão ao tratamento, ao lado da retomada e/ou construção de projetos de vida, são essenciais.

Assim, intrinsecamente vinculado ao funcionamento ambulatorial e hospitalar, o atendimento psicológico e social passou a integrar os procedimentos e serviços prestados pelo Hospital Universitário de Brasília a pessoas vivendo com HIV/Aids, que antes se limitava a ações dos profissionais de Medicina e de Enfermagem. Como espaço acadêmico, visa propiciar a professores e a alunos oportunidades de estudos e de pesquisas, articulando áreas distintas de conhecimentos e de práticas. Desta forma, o trabalho é desenvolvido de modo integrado e em cooperação com médicos

infectologistas e de outras especialidades da Medicina, bem como com a equipe da Enfermagem, da Nutrição e da Farmácia. Sua implantação consolidou o tripé ensino, pesquisa e extensão, bem como permitiu a oferta de atenção integral e interdisciplinar a pessoas vivendo com HIV/Aids acompanhadas e vinculadas ao Hospital Universitário de Brasília.

Assim, o Hospital Universitário de Brasília atende pessoas com HIV/Aids e seus familiares em acompanhamento médico e psicossocial, e se constitui em um dos serviços da rede pública de assistência na área de HIV/Aids do DF, ao lado de outros serviços da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (SES-DF). O Hospital Universitário de Brasília possui cerca de 600 pacientes HIV positivos em acompanhamento, segundo dados de dezembro de 2014. O perfil da clientela atendida é semelhante ao que tem caracterizado as tendências epidemiológicas de HIV/Aids no Brasil: predomínio de pessoas do sexo masculino da ordem de 60%; cerca de 75% delas com escolaridade equivalente ao ensino fundamental incompleto; idades variando de 18 a 73 anos (média na faixa de 35 anos). A grande maioria se infectou em função de relações sexuais sem proteção. Crianças e adolescentes infectados via transmissão vertical e seus cuidadores também recebem atendimento no Hospital Universitário de Brasília.

O papel do psicólogo é desenvolver ações de orientação, aconselhamento e/ou intervenção psicológica, individual e/ou em grupo, tanto para pessoas soropositivas como para parceiro(as) e familiares, ou para pessoas da rede de apoio social das pessoas vivendo com HIV/Aids. Fazem parte do trabalho do psicólogo atividades como a avaliação psicológica e a identificação de dificuldades emocionais relacionadas à soropositividade. Os atendimentos visam, de modo geral, o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para lidar com a condição de soropositividade e o bem-estar psicológico, o fortalecimento dos vínculos afetivos e sociofamiliares, o fortalecimento ou manutenção da autoestima e dos projetos de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. Nossa meta, em suma, é a promoção da qualidade de vida para pessoas com HIV/Aids (SEIDL; FAUSTINO, 2014).

Uma limitação para o atendimento da Psicologia é a representação, ainda frequente na sociedade, que o psicólogo é um profissional para atenção a pessoas com doença mental, com transtornos graves. A proposta é que a Psicologia avalie e preste atendimento psicológico a todas as pes-

soas HIV positivas acompanhadas no Hospital Universitário de Brasília, respeitando seu desejo de estar em acompanhamento, suas demandas e suas necessidades. O propósito é que o psicólogo promova escuta ativa e identifique os efeitos da condição de soropositividade sobre a subjetividade. Nesta perspectiva, os focos da atenção psicológica podem ser adesão ao tratamento, expressão e vivência da sexualidade, adoção de práticas sexuais seguras, revelação do diagnóstico para terceiros, enfrentamento do preconceito e/ou discriminação, transtornos de ansiedade e/ou depressão, abuso de álcool e outras drogas, abordadas na lógica da redução de danos, por exemplo.

No que se refere a atividades em grupo, esta modalidade se desdobra em um leque de alternativas: rodas de conversa, atendimento em grupo em condições específicas (pessoas vivendo com HIV/Aids com lipodistrofia, mulheres, pessoas com dificuldades de adesão), grupos com duração pré-definida abordando temas de interesse dos participantes, grupos de salas de espera, entre outros. Resta assinalar, no entanto, que há predomínio de atendimentos individuais, até porque o paciente soropositivo – em função do medo do preconceito e do estigma – muitas vezes recusa a participação em atendimentos grupais, já que estar em atividades coletivas depende de uma disponibilidade pessoal, e pode demandar algum tempo até que a pessoa aceite essa modalidade de atividade (SEIDL; FAUSTINO, 2014).

Outras ações de responsabilidade da equipe do Projeto Com-Vivência são o aconselhamento pré-teste coletivo para gestantes junto ao pré-natal e aconselhamento pré e pós-teste na modalidade individual, sendo que ambos seguem o protocolo do Ministério da Saúde para ações de aconselhamento no contexto do HIV/Aids (BRASIL, 1998).

Política recente na atenção em HIV/Aids: tratamento como prevenção

Desde o final de 2013, o Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde implementou um protocolo que tem impacto relevante nos campos da prevenção e da assistência em HIV/Aids no país: o tratamento como prevenção (TasP).

Tratamento como prevenção

Como já mencionado, desde 1996 o acesso universal à TARV está implantado no Brasil, o que tem redundado em efeitos importantes na morbimortalidade, com redução de hospitalizações e ocorrência de doenças oportunistas, bem como no número de mortes por Aids, levando ao aumento na sobrevivência de pessoas vivendo com HIV/Aids (FAZITO-REZENDE et al., 2010).

O Brasil – de forma inovadora e fazendo jus ao seu papel de vanguarda nas políticas públicas no campo do HIV/Aids – adotou, desde dezembro de 2013, a recomendação de iniciar a TARV logo que o diagnóstico de infecção pelo HIV seja confirmado, independente da quantidade de linfócitos T e CD-4, mas respeitando o desejo e a motivação do paciente (BRASIL, 2013). Esta decisão fez com que o Brasil fosse o terceiro país do mundo e o primeiro em vias de desenvolvimento a incluir esta recomendação em seu protocolo clínico e de tratamento para pacientes soropositivos, medida que tem sido chamada de “tratamento como prevenção” (TasP). Anteriormente, o início da TARV era indicado, nos casos de pacientes assintomáticos, quando o valor do CD-4 fosse inferior a 500 células/mm³. Em protocolo de anos anteriores, o valor era de 350 células/mm³, sendo que nos casos sintomáticos, a TARV era prescrita independente dos níveis da contagem dos linfócitos T e CD-4. Nota-se, assim, a tendência a se considerar, como critério para início do tratamento, valores mais altos deste indicador da condição imunológica do organismo.

A TasP tem sido reconhecida como uma das medidas mais importantes para o controle da transmissão do HIV e, em consequência, para a redução da incidência de casos novos. As evidências científicas que sustentam tal medida se referem ao fato que pessoas soropositivas que apresentam supressão viral persistente – carga viral indetectável por longo tempo (inferior a 50 cópias virais/mL) – têm risco acentuadamente reduzido de transmitir o HIV, tanto em relações sexuais heterossexuais como relações de homens que fazem sexo com homens (HSH) (HULL et al., 2014; MONTANER et al., 2010).

Nesta perspectiva, o protocolo prevê que, se mais pessoas soropositivas estão em TARV com carga viral indetectável, é estimada a queda da incidência do HIV em determinada população, o que faz dessa medida um avanço em termos de Saúde Pública. Autores assinalam, então, que a

expansão e a manutenção da disponibilidade da TARV em nível mundial é um aspecto-chave para o sucesso da luta contra a epidemia de Aids nas próximas décadas (HULL et al., 2014).

Um aspecto importante desta política, que garante sua maior eficácia, é o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV, indicador que se refere à proporção de pessoas vivendo com HIV/Aids virgens de TARV e que chegam ao serviço com comprometimento imunológico, avaliados pelo valor do primeiro exame de CD-4. Assim, quanto maior o percentual de pessoas diagnosticadas cujo CD-4 é inferior a 200 células/mm³, maior a proporção de diagnósticos considerados tardios em determinada população. Dados indicam que o Brasil está reduzindo os níveis de diagnósticos tardios: enquanto estes totalizaram 31% dos casos no ano 2009, caíram para 26% em 2014 (BRASIL, 2014). Cabe destacar que o caráter oportuno do diagnóstico de infecção pelo HIV depende de acesso ao teste, precedido de aconselhamento pré e pós-teste, que redunde em maior adesão à testagem sorológica. No caso de resultado positivo, o encaminhamento a serviço especializado é essencial para o acolhimento e a vinculação do paciente, bem como o procedimento às avaliações médicas e psicossociais, além da realização dos exames virológicos e imunológicos. Assim, a redução de diagnósticos tardios implica ações diversas e de qualidade da rede de serviços que colocam desafios para sua implementação.

Um conceito importante emerge no contexto do monitoramento clínico de pessoas vivendo com HIV/Aids na política de tratamento como prevenção: a cascata de cuidado contínuo (NOSYK et al., 2014). Dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014, p. 55) apontam a cascata de cuidado contínuo para o Brasil, no ano 2013:

(...) estima-se que 734 mil pessoas vivam com o HIV/Aids, das quais 80% (589 mil) já haviam sido diagnosticadas. Aproximadamente dois terços (537 mil) das PVHA estavam vinculadas a algum serviço de saúde e 448 mil (61%) continuaram retidas no serviço. Das 355 mil PVHA que estavam em TARV, em 2013, 293 mil apresentaram supressão da carga viral (CV), com valor inferior a 1.000 cópias/mL, e 255 mil possuíam carga viral indetectável (inferior a 50 cópias/mL).

Nota-se que a noção de cascata de cuidado contínuo parte de indicadores mais abrangentes – como o número estimado de casos –, passando pelo número de pessoas diagnosticadas, seguido dos que estavam em acompanhamento em algum serviço, até o número de pessoas em TARV e as que alcançaram a supressão viral. Desde a implantação da TasP, foi constatado um aumento importante na proporção de pessoas adultas que iniciaram a TARV com CD-4 superior a 500 células/mm³: de 17% em 2013, passou para 37% em 2014. Este dado aponta que o tratamento tem começado, para um número maior de pessoas soropositivas, em melhores condições imunológicas, o que representa menor vulnerabilidade.

Mas, quais as repercussões desta política – apelidada de *testou, tratou* – para as equipes que atuam em HIV/Aids? Antes de tudo, não resta dúvida que será maior o número de pessoas em TARV, devendo atingir a quase totalidade dos casos diagnosticados. Ademais, ter-se-á cada vez mais pessoas infectadas pelo HIV assintomáticas, sem a doença Aids, que receberão indicação para começar o tratamento.

É neste cenário que o tema adesão ao tratamento antirretroviral deverá se revestir de maior importância, e que as equipes deverão estar preparadas para atuarem de forma integrada. Pesquisadores têm manifestado interesse neste tema, tendo em vista os efeitos prejudiciais que a não-adesão pode ocasionar a pacientes, familiares, cuidadores e, também, ao sistema de Saúde (VERVOORT et al., 2007; WHO, 2003). Problemas de adesão se caracterizam por distintos aspectos: o abandono parcial ou completo do tratamento; não-adesão a consultas e exames que limitam o acompanhamento e a atenção ao paciente; perda de doses da TARV que prejudicam a eficácia terapêutica (BRASIL, 2008; SANTOS; SEIDL, 2011). Ademais, estudos indicam que as chances de não-adesão são maiores quando a enfermidade está em fase assintomática, bem como quando os custos comportamentais com os cuidados de saúde são altos, seja para pacientes, seja para os cuidadores (FAUSTINO; SEIDL, 2010).

A adesão ao tratamento tem sido definida de forma abrangente e multidimensional – o que expressa a sua complexidade –, conceituada como a incorporação de novos hábitos de saúde na rotina diária, que podem ser simples ou complexos, estabelecidos de forma pontual ou definitiva, e que têm como objetivo estabelecer condições para a manutenção da saúde diante do adoecimento (VÁSQUEZ et al., 1998). Em documento específico

co sobre adesão em HIV/Aids (BRASIL, 2008), esta é definida como um “*processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo*” (p. 14).

Ademais, avaliar o processo de adesão a tratamento é tarefa complexa. Muitas vezes há diferença entre o que é prescrito pelos profissionais e o que é praticado efetivamente pelos pacientes. O autorrelato constitui-se na medida de avaliação de adesão mais usada – até porque não há forma mais simples e rápida para se obter informação sobre as práticas de adesão de um paciente –, mas deve-se considerar suas limitações, uma vez que condutas de adesão autorrelatadas podem estar sub ou superestimadas em função de variáveis do paciente, do profissional, da relação entre ambos, além de aspectos do tratamento e da enfermidade (SEIDL et al., 2007; POLEJACK; SEIDL, 2010; SANTOS; SEIDL, 2011).

Aconselhamento pré-TARV

Considera-se que a adesão ao tratamento é um dos alicerces importantes da luta contra a Aids. Mas qual a importância do psicólogo na construção deste alicerce? Parte-se do princípio que o profissional psicólogo é altamente relevante, pois adesão é um conceito multidimensional, e a Psicologia tem ferramentas teóricas e técnicas que podem promover a mudança de cognições, sentimentos e comportamentos, considerando questões subjetivas de pessoas que, no caso em questão, vivenciam uma condição crônica. Ademais, a adesão deve ser entendida como um processo, fruto das responsabilidades compartilhadas da pessoa que vive com HIV/aids, da rede de apoio social e da equipe de Saúde (BRASIL, 2008).

Foi neste contexto que o Projeto Com-Vivência desenvolveu e passou a oferecer – entre o conjunto de procedimentos da Psicologia –, uma intervenção denominada aconselhamento pré-TARV, que tem por objetivos melhorar o nível de conhecimento sobre HIV/Aids e o tratamento, aumentar a expectativa de autoeficácia para aderir à TARV, desenvolver habilidades de enfrentamento diante de dificuldades no uso dos medicamentos e fortalecer a autonomia do usuário para o autocuidado. A intervenção tem como objetivo, portanto, a prevenção da ocorrência de dificuldades de adesão em pessoas vivendo com HIV/Aids virgens de TARV (SEIDL; FAUS-

TINO, 2014). Com o advento do tratamento como prevenção e o aumento acentuado do número de pessoas começando a TARV após o diagnóstico – muitas delas assintomáticas devido às boas condições de funcionamento imunológico –, esta atividade se reveste de grande importância, na perspectiva da atenção integral e equânime a pessoas vivendo com HIV/Aids.

Após a decisão da equipe médica quanto ao início da TARV, com base no novo protocolo, o paciente é informado acerca da intervenção pré-TARV e é convidado a participar. Cabe destacar que, neste momento, o usuário já passou pelo processo de acolhimento e de avaliação psicológica, e muitas vezes já recebeu outros atendimentos da Psicologia, esperando-se, portanto, que já esteja com boa vinculação à equipe e ao serviço.

É fundamental que a intervenção pré-TARV tenha início simultaneamente ao começo da ingestão dos medicamentos antirretrovirais, podendo, ainda, anteceder-la por dias, ou mesmo semanas, considerando seu propósito preventivo. Se isto não for possível, a intervenção pode começar alguns dias após o uso dos medicamentos, sem prejuízo do alcance dos objetivos.

Após a confirmação do interesse e da disponibilidade de tempo do usuário para participar, os atendimentos, na modalidade individual, são agendados quanto aos dias e horários, com a duração prevista de 50 minutos por sessão. O número de atendimentos do procedimento tem variado de quatro a oito sessões, garantidas as necessidades e as demandas de cada pessoa. A regularidade preferencial é a semanal, no entanto, muitos pacientes preferem frequência quinzenal devido a empecilhos de diferentes naturezas que dificultam a ida ao hospital semanalmente.

No intuito de estabelecer uma relação de confiança com o paciente, as posturas de acolhimento e escuta ativa prevalecem na atitude dos psicólogos ao procederem à intervenção, visando o processo de aliança terapêutica. Ademais, preceitos éticos norteiam a relação profissional-usuário, precedendo a aplicação de procedimentos e técnicas. É fundamental que ambos, de modo compartilhado, compreendam as necessidades e os efeitos do tratamento, bem como barreiras à adesão, e construam estratégias para minimizá-las e lidar com elas.

Antes da intervenção é realizada uma avaliação, nos moldes de uma linha de base, com o propósito de identificar conhecimentos, crenças e expectativas sobre o tratamento, de modo a fornecer subsídios para planejar

e conduzir a intervenção com base na realidade subjetiva e no contexto de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. Esta avaliação é baseada em um roteiro de entrevista, elaborado para a intervenção, para caracterização médico-clínica e sobre adesão, com questões fechadas e abertas que investigam: tempo de diagnóstico, internações anteriores em decorrência do HIV/Aids, nível de conhecimento sobre HIV/Aids e TARV, crenças sobre os antirretrovirais (ARV), expectativas acerca do tratamento, adesão em tratamentos anteriores para outros agravos, percepção de benefícios e de barreiras ao uso da TARV, expectativas sobre eventuais dificuldades de adesão. Dados como os níveis de linfócitos T e CD-4 e da carga-viral são obtidos no prontuário sobre a condição imunológica e virológica inicial, antes da TARV.

No processo de avaliação também é utilizada uma escala brasileira, construída e validada por Leite et al. (2002) para investigar a expectativa de autoeficácia em situações que podem impedir e/ou dificultar a adesão, tais como: (1) situações que exigem planejamento, atenção e organização; (2) as que tendem a diminuir a preocupação com a doença ou a confiança no tratamento; (3) expectativas negativas com os medicamentos antirretrovirais e efeitos adversos. Ela possui 22 itens, respondidos em escala *Likert* de cinco pontos (0=não vou tomar mesmo; 4=com certeza vou tomar), sendo que os escores calculados mediante média aritmética variam de zero a quatro. Escores mais elevados indicam maior percepção de autoeficácia para uso da TARV. O indicador de consistência interna da escala (*alpha* de Cronbach) é igual a 0,96.

Autoeficácia é definida como a crença da pessoa em sua capacidade para organizar e executar ações requeridas para produzir determinado resultado; neste contexto, aderir à TARV (BANDURA, 1977). Assim, o indivíduo é percebido como capaz de lidar ou manejar as circunstâncias que eventualmente o impeçam de realizar comportamentos de saúde, tanto preventivos quanto de tratamento. Em estudo com pessoas vivendo com HIV/Aids, escores mais elevados em autoeficácia estiveram associados com melhores níveis de adesão à TARV (SEIDL et al., 2007).

Na intervenção, são utilizadas técnicas cognitivo-comportamentais, em especial registro e automonitoramento da adesão (que permite a auto-observação da conduta de adesão), balanço de vantagens e desvantagens quanto a aderir e não aderir ao tratamento, resolução de problemas, rees-

truturação cognitiva. Todas têm o objetivo de favorecer o autoconhecimento no que se refere ao processo saúde-doença com ênfase na adesão, bem como o manejo pelo usuário dos fatores que podem afetar o uso da TARV de forma regular e consistente (FEILSTRECKER et al., 2003). Os materiais educativos usados incluem folhetos e vídeos educativos sobre HIV/Aids, TARV e adesão, formulários de registro e monitoramento semanal do uso dos antirretrovirais, outros formulários de registro e tarefas de casa construídos com base nas necessidades da pessoa, identificadas ao longo da intervenção. A sequência de atividades está resumida na Figura 1, tendo por base uma intervenção com cinco sessões.

A finalização da intervenção é definida entre profissional e usuário considerando critérios, tais como: autorrelato de adesão igual ou superior a 95% do esquema terapêutico prescrito na semana anterior, ausência de relatos sobre dificuldades de uso dos antirretrovirais, percepção de autoeficácia quanto ao manejo de eventuais barreiras ao tratamento, cumprimento do protocolo de intervenção proposto.

Em suma, o aconselhamento pré-TARV visa ao desenvolvimento da autonomia do usuário, com a sua participação ativa no processo de autocuidado. A atividade tem sido bem aceita pelas pessoas vivendo com HIV/Aids acompanhadas no Hospital Universitário de Brasília. Seguimento de casos que passaram pela intervenção têm apontado níveis de adesão superiores a 95% para a grande maioria dos usuários e carga viral indetectável um ano após a intervenção (SEIDL; FAUSTINO, 2014).

Sessão	Procedimentos e técnicas
1º	<ul style="list-style-type: none"> - Esclarecer sobre a intervenção e estabelecer “contrato” - Investigar percepção de vantagens e desvantagens da adesão à TARV. - Identificar crenças e crenças sobre aids, ARV, efeitos dos ARV, com base em registros da linha de base. - Construir mapa de doses dos ARV com o paciente, com uso de recursos pedagógicos adequados a cada caso. - Instruir sobre registro no formulário de automonitoramento da adesão.
2º e 3º	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar cumprimento das tarefas de casa (Ex: preenchimento do automonitoramento). - Avaliar adesão durante a semana, a partir dos registros de automonitoramento e relatos verbais sobre o ocorrido. - Disponibilizar informação sobre HIV/aids e ação dos ARV, a partir de depoimentos de pessoas HIV positivas (vídeo sobre adesão). - Verificar crenças e conhecimentos: checar nível compreensão sobre HIV/aids, CD4 e CV e ARV. Reforçar adequação e modificar informações equivocadas e crenças disfuncionais (reestruturação cognitiva). - Analisar junto com o paciente as respostas à escala de autoeficácia, identificando as situações que possam configurar riscos para a não adesão. Intervenção visando desenvolver habilidades de enfrentamento e resolução de problemas. - Incentivar e instruir para novo registro e automonitoramento durante a semana e leitura de material educativo.
4º e 5º	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento com base na necessidade da pessoa e em suas dificuldades de adesão. - Checar tarefas de casa e os níveis de adesão na semana ou quinzena. - Fazer intervenção adaptada às vulnerabilidades do sujeito com ênfase no desenvolvimento de habilidades de enfrentamentos e manejo das dificuldades de adesão. - Reaplicar matriz de vantagens e desvantagens da medicação e comparar com a que fez no início da intervenção. - Confirmar alcance da meta de adesão e compromisso da participação no seguimento, doze meses após a intervenção e disponibilizar atendimento, caso o paciente considere necessário.

Quadro 1. Sequência sucinta do aconselhamento pré-TARV, em intervenção com cinco sessões. (SEIDL; FAUSTINO, 2014, p. 48-49).

Considerações Finais

As mudanças no campo do HIV/Aids – tanto no plano técnico-científico quanto das políticas públicas que norteiam a prevenção e a assistência –, são aceleradas, tendo em vista os pouco mais de trinta anos desde os primeiros casos identificados. Esforços conjuntos de diferentes atores sociais são cruciais para se alcançar êxitos, seja em nível populacional quanto no plano individual de pessoas que vivem com HIV/Aids.

A universidade, em seu papel formador, tem uma responsabilidade junto aos demais setores que configuram a resposta brasileira à epidemia. Assim, nestes dezenove anos de funcionamento, a equipe do Projeto Com-Vivência se orgulha de ter contribuído com a realização de ações psicossociais para promover qualidade de vida a pessoas vivendo com HIV/Aids. A inserção do aconselhamento pré-TARV na rotina do serviço tem tido

repercussão positiva na prevenção e/ou minimização de problemas futuros de adesão, em uma perspectiva de atenção integral e equânime a pessoas vivendo com HIV/Aids.

Referências

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA. **O que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2002.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, v. 84, p. 191-215, 1977.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.399 de 15 de Dezembro de 1999**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Brasília, DF: Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de DST/Aids: Aconselhamento em DST, HIV e Aids. Diretrizes e procedimentos básicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico HIV-Aids**, Ano III, n 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CHEN, L. F. et al. Ten years of highly active antiretroviral therapy for HIV infection. **Medical Journal of Australia**, p. 186, n. 3, p. 146-151, 2007.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). **Referências técnicas para a atuação do(a) Psicólogo(a) nos Programas de DST e aids**. Brasília: CFP, 2008.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

SCOREL, S. et al. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana Salud Publica**, v. 21, n. 2, p. 164-176, 2007.

FAUSTINO, Q. M.; SEIDL, E. M. F. Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/aids. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 1, p. 121-130, 2010.

FAZITO-REZENDE, E. L. L. et al. Causes of death among people living with HIV/AIDS in Brazil. **Brazilian Journal of Infectious Disease**, v. 14, n. 6, p. 558-563, 2010.

FEILSTRECKER, N. et al. Técnicas cognitivo-comportamentais. In: R. M. CAMINHA et al. (Orgs.). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p. 53-60.

FREITAS, M. C.; MENDES, M. M. R. Chronic health conditions in adults: concept analysis. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 590-597, 2007.

GONDIM, S. M. G. et al. Áreas de atuação, atividades e abordagens teóricas do psicólogo brasileiro. In: BASTOS, A. V. B.; GONDIM, S. M. G. (Orgs.). *O trabalho do psicólogo no Brasil*. Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 174-199.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Fast-track end the aids epidemic by 2030. 2014. Disponível em: http://www.unaids.org.br/biblioteca/JC2686_WA-D2014report_en.pdf

HULL, M. et al. Treatment as Prevention – Where Next? **Current HIV/AIDS Rep.**, [S.l.], 12 nov. 2014. No prelo.

LEITE, J. C. C. et al. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 15, n. 1, p. 121-133, 2002.

LIMA, A. L. M. et al. *HIV/Aids: Perguntas e Respostas*. São Paulo: Atheneu, 1996.

MARINS, J. R. P. . Acesso universal aos ARV hoje, uma prioridade mais do que nunca! **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 75-87, 2010.

MATTOS, R. A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, E.; MATOS, R. A. (Orgs.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/MS/ABRASCO, 2003. p. 45-59.

MONTANER, J. S. G. Treatment as prevention: toward an AIDS-free generation. **Top. Antivir. Med.**, v. 21, n. 3, p. 110-114, 2013.

NEMES, M. I. B. et al. (2009). Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em aids no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 55, n. 2, p. 207-212, 2009.

NOSYK, B. et al. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study. **Lancet Infect. Dis.**, v. 14, n. 1, p. 40-49, 2014.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION (PAHO); WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **HIV Continuum of Care Monitoring Framework** 2014. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=25746&Itemid=>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1201-1208, 2010.

SANTOS, F. B.; SEIDL, E. M. F. Caracterização de pessoas com HIV/aids em abandono do tratamento antirretroviral e a busca consentida de casos. **Brasília Médica**, v. 48, n. 3, p. 268-276, 2011.

SEIDL, E. M. F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, 2011.

SEIDL, E. M. F.; FAUSTINO, Q. M. Pessoas Vivendo com HIV/aids: possibilidades de atuação da psicologia. In: SEIDL, E. M. F.; MIYAZAKI, M. C. O. S (Orgs.), **Psicologia da saúde: pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas** Curitiba: Juruá, 2014. p. 21-54.

VÁSQUEZ, I. A. et al. **Manual de Psicología de la Salud**. Madrid: Psicologia Pirámide, 1998.

VERVOORT, S. V. C. J. M. et al. Adherence in antiretroviral therapy: a review of qualitative studies. **AIDS**, v. 21, n. 3, p. 271-281, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Adherence to long-term therapies: evidence for action**. Report. Noncommunicable Diseases and Mental Health. Adherenceto Long Term therapies project. Geneva:Division of Mental Health, 2003.

18. DIÁLOGOS SOBRE POLÍTICA PÚBLICA EM SAÚDE PARA SURDOS

Domingos Sávio Coelho

Lara¹, psicóloga, leciona em uma Universidade pública, orienta alunos em atividades de pesquisa sobre Saúde e realiza extensão universitária em Unidades Básicas de Saúde (UBS). Ela aguarda para se encontrar com Stephen Dedalus, psicólogo que estuda a Cultura Surda. Combinaram a reunião em um agradável restaurante no campus da Universidade e realizaram a conversa reproduzida a seguir.

Lara - Bom, eu queria conversar contigo porque tenho interesse em contribuir para a formulação de Políticas Públicas em Saúde para Surdos. Conceitualmente, pensei em tratar os surdos como um grupo linguístico minoritário. Parece-me que os surdos se caracterizariam pela dimensão cultural proporcionada pela comunicação visual-espacial; por exemplo, a narrativa proporcionada pela Língua de Sinais² é uma característica, um aspecto da Cultura Surda.

1 A estrutura de diálogo do texto visa propiciar um contexto que facilite a interpretação em Libras nos seguintes aspectos: 1) o sinal de Dedalus é a letra “d” representada manualmente e movimentando-se da direita para a esquerda na testa incluindo as entradas do cabelo; 2) o sinal de Lara é o dedo indicador tocando a face próximo ao lábio e com movimento giratório; 3) procurou-se preservar a redundância e repetição de termos usuais na comunicação falada e na Língua de Sinais; 4) termos técnicos foram reduzidos ao estritamente necessário, visto que demandariam do intérprete a digitação em Libras (isto é, a representação manual das letras do português) sem necessariamente garantir o significado do termo digitado; 5) as referências bibliográficas foram deslocadas para o rodapé pois, deste modo, o intérprete tem somente o texto a ser interpretado em seu campo visual. Estas mudanças são justificadas pelo Artigo 21 da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Decreto 6.949 de 25/08/09), que prevê a aceitação e a facilitação, “em trâmites oficiais, o uso de línguas de sinais, braille, comunicação aumentativa e alternativa, e de todos os demais meios, modos e formatos acessíveis de comunicação, à escolha das pessoas com deficiência” (BRASIL, 2009a).

2 A Língua de Sinais Brasileira, enquanto sistema linguístico de natureza visual-motora, com estrutura gramatical própria, foi reconhecida oficialmente pelo Estado brasileiro em 24/04/02 com a Lei 10.436 (BRASIL, 2002).

Dedalus - Sua proposta contemplaria apenas surdos usuários da Língua de Sinais Brasileira (Libras), mas não contemplaria surdos usuários da Língua Portuguesa. É uma diferença importante, pois ambos os grupos necessitam de acessibilidade, porém, são serviços distintos. Pessoas que perderam a audição após o desenvolvimento da fala e da aquisição do domínio das regras convencionais da escrita demandam atendimentos específicos. Pessoas surdas profundas, bilaterais fluentes em Libras, e que participam de comunidade de surdos necessitam de outros tipos de serviços e de acessibilidade.

Lara - Hummm.... Creio que seria melhor pensar em todos os surdos ao invés de pensar a política pública para este ou para aquele grupo... Você utiliza uma classificação baseada no momento em que aparece a surdez?

Dedalus - Sim. É uma classificação útil quando você quer, por exemplo, lidar com as demandas de atendimento psicológico de idosos surdos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS); no Censo do IBGE de 2010, a estimativa foi de que os idosos representam quase metade dos 9,7 milhões de brasileiros que apresentam algum nível de dificuldade de ouvir³ (“alguma dificuldade”, “grande dificuldade” ou “não consegue ouvir”). É importante atentar para as especificidades do idoso que perdeu a audição após ter adquirido fluência na fala em certo momento na vida; são demandas diferentes daquelas de um idoso que nasceu ouvinte e perdeu a audição aos dois anos, por exemplo. Classificar em termos de grau de surdez (leve, média, severa ou profunda) ou de nível de lesão auditiva (por exemplo, se é neurosensorial ou de transmissão) é útil no estabelecimento de determinadas terapêuticas de reabilitação. A classificação do IBGE também é útil para análises amplas sobre definição de políticas públicas de acesso à Educação e à Saúde. Cada uma das classificações tem utilidades práticas e limitações. Algumas enfatizam aspectos mais biológicos e outras enfatizam aspectos psicossociais.

3 O item do questionário do Censo do IBGE 2010 (BRASIL, 2010) é: “tem dificuldade permanente de ouvir?, sendo as alternativas de resposta: 1) sim, não consegue de modo algum; 2) sim, grande dificuldade; 3) sim, alguma dificuldade; 4) não, nenhuma dificuldade”. Houve uma mudança importante em relação ao Censo 2000, cuja redação era: “como avalia sua capacidade de ouvir?, com as alternativas de resposta: 1) incapaz; 2) grande dificuldade permanente; 3) alguma dificuldade permanente; 4) nenhuma dificuldade”.

Lara - Hummm....

Dedalus - Você acha que caberia, por exemplo, pensar na surdez em uma perspectiva biopsicossocial no Sistema Único de Saúde (SUS)?

Lara - O programa de humanização do SUS pressupõe uma perspectiva biopsicossocial! Tanto surdos usuários de Libras quanto surdos usuários da Língua Portuguesa precisariam ser contemplados necessariamente! Pesquisas conceituais e empíricas têm discutido: a) as condições de suporte para que os surdos possam ser atendidos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁴, b) as redes sociais efetivamente disponíveis para familiares de surdos⁵, c) qualidade de vida dos familiares que estão sob atendimento⁶, e d) as implicações para a intervenção em Saúde a partir do reconhecimento da perspectiva cultural do surdo⁷.

Dedalus - Entendi. Sua proposta seria adequar os programas existentes no SUS para todos os surdos brasileiros, reconhecendo suas especificidades e suas demandas. Mas... As demandas dos surdos usuários de Libras poderiam fazer parte dos programas existentes no SUS?

Lara - O SUS tem o Programa Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA). O PNASa apresentou aumentos significativos, entre 2008 e 2012, no percentual de exames auditivos básicos, principalmente na Região Norte; neste período, foi observado aumento de 73% na concessão de Aparelhos de Amplificação Sonora Individual, atendendo aproximadamente 116 mil usuários⁸. No Programa de Triagem Neonatal Auditiva, após realizar o teste da orelhinha, é possível à equipe multidisciplinar apresentar à família quais as possibilidades de ação. Atualmente, ambos os programas executados pela rede SUS oferecem aos pais possibilidades apenas em relação a uma perspectiva de surdez baseada na ideia de deficiência, ou seja, a orientação dada aos pais é basicamente em função de um

4 Ianni; Pereira (2009).

5 Bittencourt (2011).

6 Bittencourt; Hoehne (2009).

7 Nóbrega (2012).

8 Andrade et al. (2012).

programa de reabilitação: seguimento das orientações médicas, adaptação ao aparelho de amplificação sonora individual, terapia da fala, implante coclear⁹, etc. Não há referência, na legislação que estabelece a Política em Saúde no Brasil, por exemplo, à introdução da Língua de Sinais ou à Cultura Surda, ou a esses aspectos como parte integrante do protocolo de Triagem Auditiva Neonatal do SUS.

Dedalus - Hummm... A família fica, então, com a impressão incorreta de que são duas abordagens excludentes, e de que é preciso escolher entre uma delas: ou a família adere a um programa de reabilitação auditiva, ou participa de um programa de intervenção social ampla para que ocorra a inclusão social do surdo através de redes sociais.

Lara - Correto! Embora a legislação que estabelece a Política de Saúde para a Pessoa com Deficiência conceba a interação entre a pessoa com deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto socioambiental, a compreensão dessa interação não ocorre em relação à reabilitação: “crianças, trabalhadores e idosos que hoje deixam de frequentar a escola, o trabalho e as atividades sociais poderão, a partir do diagnóstico, da aquisição de aparelhos auditivos e da terapia para reabilitação, exercer o seu papel social”¹⁰. Repare que não há indicação, no documento, de um fator social importantíssimo: a comunicação entre pais ouvintes e filhos surdos. O início do ensino da comunicação visual gestual e dos sinais¹¹ seria importante para o desenvolvimento emocional, cognitivo e social da criança, e poderia ser um componente da política pública!

Dedalus - Entendi. A sua proposta é que as Políticas Públicas em Saúde para Surdos reflitam a perspectiva cultural em todos os níveis de prevenção do SUS.

Lara - Sim. Penso que, em consonância com as Convenções¹² e De-

9 Brasil (2012).

10 Brasil (2008, p. 17-18).

11 Garcia (2003).

12 Convenção de Guatemala (Brasil, 1999).

clarações¹³ que foram criadas ao longo do tempo, devemos ter a perspectiva de conexão com políticas públicas acerca dos vários fatores determinantes de saúde para pessoas com deficiência (por exemplo, moradia, transporte, educação inclusiva, emprego...) e no combate à discriminação que ocorre em relação à pessoa com deficiência. Mas vou me deter contigo somente sobre a saúde. Pensei em regras¹⁴ que estabelecessem um conjunto de metas para que o sistema de Saúde realizasse atendimento à população de surdos condizente com os direitos das pessoas com deficiência¹⁵; as regras também precisariam determinar quais as estratégias para cada meta. Por exemplo, a regra estabeleceria que uma das metas é fomentar a comunicação entre os profissionais de Saúde com os surdos utilizando a Língua de Sinais Brasileira (Libras), e a estratégia para alcançar esta meta seria oferecer Libras como disciplina obrigatória nos diversos cursos de Saúde. Desde 1992, conferências nacionais de políticas públicas para grupos minoritários procuram mudar o currículo dos cursos profissionais para que se adequem às características étnico-culturais de minorias¹⁶. A grande mudança curricular, no caso do grupo cultural de surdos, seria que os profissionais aprendessem Libras!

Dedalus - Lamentavelmente, profissionais de Saúde (psicólogos, inclusive) são formados sem conhecimento suficiente em Libras para atender surdos. A intermediação de intérprete de Libras deveria ser uma exceção na interação entre o surdo e o profissional de Saúde! Por exemplo, deveria ser a regra o odontólogo se comunicar com o surdo utilizando Libras, e mantendo a máscara no rosto! Deveria ser uma exceção o odontólogo escrever no papel ou solicitar ao assistente que transmita a instrução para que

13 Convenção de Salamanca (BRASIL, 1994).

14 O termo “regra” é utilizado genericamente e pode ser substituído por “plano” ou “dispositivo”. A ideia é propiciar uma interpretação em Libras mais adequada. O sinal de “regra” em Libras tem uso disseminado na comunidade surda.

15 Por exemplo, a Convenção das Pessoas com Deficiência da ONU, de que o Brasil é signatário, declara no Artigo 30 que “as pessoas com deficiência farão jus, em igualdade de oportunidades, com as demais pessoas, a que sua identidade cultural e lingüística específica seja reconhecida e apoiada, incluindo as línguas de sinais e a cultura surda” (BRASIL, 2009b).

16 Pogrebinsch (2012).

o surdo realize a leitura labial, e tente compreender o que é dito...

Lara - Por que você usa a palavra “tentar”? Nem sempre o surdo consegue realizar a leitura labial e compreender o que é dito?

Dedalus - O surdo pode realizar a leitura labial quando o profissional profere a frase: “vou tratar o seu terceiro molar”, mas tal leitura labial não implica a compreensão, pois o surdo pode não conhecer o sinal nem o significado de “terceiro molar”, “siso”, “arcada”, etc. Nós, que escutamos, já “ouvimos falar” desses nomes (ou rótulos) em Língua Portuguesa, ainda que os conheçamos superficialmente, e a partir de nossas conversas informais na família, em rodas de amigos, na escola. Se o familiar, professor ou amigo não comunicam em Libras de forma contextualizada o que significam tais conceitos, a informação não chega ao surdo. Usar o “alfabeto manual” é necessário, mas não é suficiente, pois, logo a seguir, será necessário explicar em sinais, gestos e expressões o significado correspondente à digitação. Creio que aprender Libras é somente uma das mudanças curriculares a serem realizadas. A mais imediata, sem dúvida. Mas o grande desafio na educação para surdos é o professor apresentar os conceitos de forma que os exemplos utilizados esclareçam o significado de um termo técnico apresentado. Os estudantes ouvintes se beneficiariam muito, porque seria um ensino cuja direção é a do exemplo para a regra ou termo teórico.

Lara - Talvez devêssemos reformular a meta para: “fomentar a comunicação entre os profissionais de Saúde e os surdos utilizando Libras de forma contextualizada, de acordo com os parâmetros da cultura dos surdos”. A estratégia poderia ser: “oferecer disciplina de Libras para turmas específicas em cursos da área de Saúde”. Deste modo, o professor de Libras teria oportunidade de personalizar minimamente o ensino.

Dedalus - Hummm... Neste caso, as campanhas informativas sobre temas de Saúde na TV, nos jornais, na Internet, no cinema também seriam criadas de forma contextualizada, de acordo com parâmetros da cultura surda?

Lara - Sim, claro!

Dedalus - Vou narrar para você a história apresentada no filme de

animação *Loja*¹⁷ (2014), criado por Helenne Sanderson no projeto de extensão “Círculo de Cultura Surda” que coordeno na universidade: “um homem entra em uma farmácia com uma receita. Entrega a receita ao atendente e diz em Libras que é surdo. O atendente lê a receita, procura na prateleira e pega duas caixas de remédio. Coloca-os sobre o balcão. Ambos se entreolham, o surdo não sabe o que quer dizer e sai. Caminhando pela rua encontra outra farmácia com uma placa azul com duas mãos simbolizando Libras. Ele entra e o atendente pergunta em Libras: “posso ajudar”? O surdo entrega a receita; o atendente lê e traz duas caixas de remédios e diz: “este é bom e este é mais ou menos”. O surdo escolhe o remédio indicado como bom, agradece e sai da farmácia”. Esta narrativa do filme seria um exemplo de contextualização, não acha?

Lara - Mas isto está errado! O atendente não pode dizer isso... Ele precisa se ater ao conteúdo que está escrito na receita...

Dedalus - Mas são termos técnicos. De alguns destes termos, nós, ouvintes, nunca ouvimos falar... Posso usar o alfabeto manual e digitar “ácido glicirhízico”; mas o que significa?

Lara - Igual à terminologia usada pelo dentista...

Dedalus - Sim. Mas o modo como o atendente interagiu em Libras é compreensível para uma parcela considerável de surdos. A narrativa foi criada por uma jovem surda e discutida amplamente por um grupo de surdos (jovens surdos secundaristas de escola pública, de graduação ou graduados) e ouvintes (estudantes universitários de diversos cursos, familiares de surdos, intérpretes...) que formam uma pequena “Comunidade Surda” aqui na universidade. Com alguns reparos, a maioria da Comunidade Surda aprovou esse tipo de narrativa, e o filme que foi criado a partir dela.

Lara - Compreendo... Talvez uma campanha informativa deste tipo precisasse ser precedida de alguns esclarecimentos...

Dedalus - Por quê?

Lara - Ora, Dedalus, o filme de animação que vocês criaram, em parte, apresenta um procedimento, uma conduta errada do profissional que

17 Sanderson (2014).

trabalha na farmácia, ele interpretou errado...

Dedalus - Não é usual um atendente apresentar a opinião dele sobre, por exemplo, um antigripal diante de uma variedade imensa de produtos no balcão que prometem minimizar os sintomas da gripe?

Lara - Sim, mas... Entendo... A ideia é reconhecer que este tipo de interação existe e problematizá-la. Não basta o atendente da farmácia saber Libras... Talvez pensar em uma continuação do filme onde o personagem surdo entra em outra farmácia e o atendente explica, por exemplo, as questões éticas envolvidas na interação entre o comerciante e o cliente em um contexto de compra de medicamentos.

Dedalus - Sim. O filme “Loja” apresenta uma interação social possível de acontecer no Brasil. O filme não endossa que a conduta do atendente da farmácia é correta; concebido de forma colaborativa por surdos, ele exemplifica um aspecto importante das nossas relações interpessoais, que muitas vezes não é considerado em nossas campanhas didáticas de disseminação de informação: faz parte de uma interação dialógica expressarmos nossas crenças. Mesmo que a seguir façamos ponderações ou restrições sobre nossas crenças, deveríamos ter a oportunidade de apresentá-las. O atendente do filme “Loja” que sabe Libras comunicou de uma forma simples e clara; em outro filme, ele poderia tirar dúvida e explicar que, em determinados medicamentos, a conduta é diferente, que existe um protocolo a ser seguido na interação com o cliente, etc... Da mesma forma, o filme de animação poderia mostrar outra interação possível, em que o médico receita um medicamento específico e não indica que o paciente surdo pode comprar o medicamento genérico. O atendente que sabe Libras poderia interagir e dizer ao cliente sobre o medicamento genérico, preços mais baixos, etc.. Novamente, crenças e conhecimento específico sobre a legislação sobre medicamentos se misturam na interação atendente - cliente surdo.

Lara - Entendi... Nesta perspectiva, todas as Políticas Públicas em Saúde para Surdos devem ser baseadas ou referenciadas nas especificidades de contexto da comunicação presentes na Cultura Surda. Em geral, não é assim que procedemos. Apresentamos a opinião de uma autoridade no assunto, ou a literatura especializada. Raramente nos posicionamos mostrando especificidades de contextos... O falante do português reprovaria o

modo como o atendente interagiu com o cliente surdo por desconhecer o contexto de comunicação contextual em Libras.

Dedalus - Sim. Carecemos de uma especificação dos conceitos que descrevem a relação interpessoal surdo - ouvinte. Sabemos que, na Cultura Surda, apresentamos nosso ponto de vista pelo uso de sinais, de gestos corporais (mãos, tronco, braços...) e expressões faciais que de fato são muito importantes na comunicação, pois sinalizam, em parte, o quanto acreditamos naquilo que estamos afirmando para nosso interlocutor... Mas, do ponto de vista psicológico, como descrever um encontro, uma interação com um surdo? Um encontro que pode ser em uma Unidade Básica de Saúde...?

Lara - A ideia é caracterizar quais conceitos psicológicos seriam úteis para descrever uma interação com pessoas “culturalmente surdas”...

Dedalus - Correto. Voltando ao filme “Loja”, que narrei a você, além dos sinais, gestos e expressões que estão presentes na interação dialógica do cliente surdo e do atendente ouvinte, alguns aspectos psicológicos estão implícitos na interação interpessoal, e estão presentes também na interação que se dá no balcão da farmácia: *Respeito* - (por exemplo, no tratamento do cliente surdo conforme as regras da cultura surda de olhar nos olhos do interlocutor na comunicação em Libras) e *Cuidado* - (por exemplo, no filme de animação, a farmácia tem uma placa azul na parte externa com duas mãos simbolizando Libras; este é o indicativo de que a farmácia tem acessibilidade para o surdo, e o propósito é o surdo se sentir bem, se sentir acolhido).

Lara - Este tipo de sinalização não é usual?

Dedalus - Não, infelizmente. Inclusive, a placa azul com as duas mãos abertas indicando acessibilidade só existe no filme “Loja”. A sinalização internacional é um fundo azul com o desenho de uma orelha com duas linhas sobrepostas indicando deficiência auditiva...

Lara - Mas, neste caso, estaríamos ressaltando o que “falta” na pessoa ao invés de indicar aquilo que a caracteriza positivamente, o uso das mãos para se comunicar...

Dedalus - Exato! O símbolo internacional é uma amostra do passado recente, em que os especialistas tomavam decisões sem consultar e saber a opinião dos surdos sobre a melhor forma de se referir a eles. Mostra a

falta de *Cuidado* - e de *Respeito* - de nossa cultura em relação à cultura dos surdos. O símbolo internacional para deficiência auditiva ainda não foi mudado...

Lara - Além do *Cuidado* - e do *Respeito* -, quais outros aspectos psicológicos de relação interpessoal estariam presentes no filme “Loja”?

Dedalus - Outro conceito importante é a *Compreensão* -, isto é, ao se comunicar com o cliente surdo, apontar para cada medicamento e dizer: “este é bom e este é mais ou menos”, o atendente está comunicando de uma forma que permite ao cliente concordar, saber o que é equivalente, o que é irrelevante e o que é implicado pela fala do atendente. Se o atendente utilizasse, por exemplo, termos técnicos que estão presentes na receita, talvez, não criasse um contexto de compreensão na comunicação com o cliente surdo.

Lara - Isso vale para a interação com o ouvinte! Precisamos confiar no profissional que está nos prescrevendo ou nos vendendo o medicamento...

Dedalus - Sim. Sem dúvida! *Confiança* - é outro conceito psicológico fundamental na relação interpessoal. O cliente surdo se sente menos vulnerável e mais confiante ao ser atendido em uma farmácia que, por exemplo, sinaliza publicamente que *respeita* - a comunicação contextual em Libras (a placa azul com as mãos apresentada no filme contraria uma norma ou regra internacional que prescreve o desenho de uma orelha como símbolo da deficiência auditiva!), trata o surdo com *cuidado* -, mostrando que o percebe não como deficiente auditivo, mas como membro de uma comunidade visual, e *compreende*- que tipo de comunicação deve ser mantido na interação interpessoal.

Lara - A possibilidade de falha na comunicação poderia causar danos diversos ao cliente surdo ao adquirir um determinado medicamento...

Dedalus - Sim. Faz-se necessário criar condições necessárias para que a confiança prevaleça numa relação interpessoal.

Lara - Como possibilitar que a relação de *confiança* - se estabeleça na interação surdo - ouvinte num contexto como o de escolha de medicamentos?

Dedalus - Além de *compreensão*, *cuidado* e *respeito* -, é preciso estabelecer mecanismos claros de *controle* na relação interpessoal entre mem-

bro das culturas surda e ouvinte. A ideia é evitar a ocorrência de coerção, em que uma pessoa controla, ou tenta controlar, a outra pessoa. Mecanismos de controle que buscam cooperação mútua nas relações interpessoais é a meta para garantir uma relação de confiança. O personagem surdo do filme “Loja” pode indagar o atendente sobre o preço dos medicamentos, pode retornar ao posto de Saúde e checar com o médico detalhes sobre os dois medicamentos apresentados na farmácia, pode checar se os nomes “estranhos” escritos na receita correspondem de alguma forma com “bom” e “mais ou menos” e assim por diante. Uma política pública sobre o atendimento ao surdo em Saúde precisa explicitar quais formas de controle serão disponibilizadas na interação do surdo com os profissionais de Saúde, para que ele possa de fato ser exercido.

Lara - *Compreensão, confiança, cuidado, respeito, e controle* seriam conceitos basilares da relação interpessoal e poderiam ser utilizados na estruturação de Políticas Públicas em Saúde para Surdos. Eles estão presentes, algumas vezes, nas definições, nos preâmbulos de leis e nas convenções sobre pessoas com deficiência. Mas não fica claro como estruturam tais leis...

Dedalus - Sim, sem dúvida! Existem três aspectos importantes sobre os conceitos de *Compreensão, confiança, cuidado, respeito, e controle*: a) são conceitos psicológicos presentes na “Psicologia do senso comum”, isto é, surdos e ouvintes de diversas culturas conhecem e compartilham os significados associados a estes conceitos, que se referem ao comportamento das pessoas e às suas implicações; inclusive, há sinais em Libras para eles, o que permite estabelecer comunicação comum entre as duas culturas (surda e ouvinte); b) funcionam como princípios gerais que fundamentam a prática geral dos psicólogos que atuam com “pessoas culturalmente surdas”¹⁸, e c) podem ser aplicados na construção e na avaliação de políticas públicas.

Lara - Me explique melhor esta ideia de “Psicologia do senso comum”. Seria o conhecimento tácito que adquirimos por viver em uma determinada cultura?

18 McCrone (2002).

Dedalus - Sim, conhecimento tácito sobre como as pessoas reagem em determinados contextos. Por exemplo, um garçom que escorrega com a bandeja em um restaurante, derrama o café, troca os pedidos dos clientes...

Lara - Seria considerado desastrado em qualquer cultura!

Dedalus - Sim. “Desastrado” seria um atributo psicológico dele em alguma medida, em algum grau. A cultura estabelece como o rótulo “desastrado” seria aplicado. O mesmo aconteceria com os conceitos de “*compreensão*”, “*confiança*”, “*cuidado*”, “*respeito*”, “*controle*”, “*capacidade*”, “*tentar*”, “*fácil*”, “*difícil*”, “*querer*” e “*acreditar*”. Gradualmente, estes conceitos se deslocam do uso na Psicologia do senso comum e se tornam termos técnicos de teorias psicológicas.

Lara - De que forma?

Dedalus - Análise teórica. Por exemplo, Heider (1959/1970)¹⁹ analisou os conceitos de “capacidade”, “tentar”, “dificuldade”, “acreditar”, e “querer”; Jan Smedslund (1997)²⁰ analisou teoricamente os conceitos de “compreensão”, “cuidado”, “respeito”, “confiança” e “controle”.

Lara - Mas, no caso de Heider (1959/1970), foram realizadas pesquisas e muitos experimentos em Psicologia Social sobre a teoria dele de atribuição de causalidade. Não foi somente teoria...

Dedalus - É preciso cuidado neste ponto. O uso dos conceitos da Psicologia do senso comum não são passíveis de estudo empírico ou de experimentos. Eles são axiomas do tipo de que se usa na Geometria.

Lara - Como assim ?

Dedalus - O professor pode pedir a estudantes que verifiquem empiricamente, utilizando uma tesoura e uma cartolina em formato circular, se, usando o conceito de diâmetro, de fato se obtém duas metades iguais. Se um estudante não conseguir isto empiricamente, nós questionaremos os conceitos da Geometria?

Lara - Não! Deve ter havido algum problema ao cortar a figura: a

19 Heider (1970).

20 Smedslund (1997).

tesoura não é perfeita, nem o desenho na cartolina! O estudante também não deve ter tido tanta habilidade ao cortar. A Geometria não pode estar errada!

Dedalus - Exato! Nós questionamos o modo como foi feita a experiência, não questionamos o conceito de diâmetro da Geometria, porque ele é uma noção muito básica e abstrata da Geometria. Geometria não é uma ciência empírica, embora possa ser utilizada em experiências.

Lara - Assim como o conceito de “diâmetro” na Geometria, os conceitos da Psicologia do senso comum também teriam o status de termos iniciadores das construções da Psicologia?

Dedalus - Sim. Após elucidarmos como eles são usados, podemos combiná-los para construir teorias, analisar resultados de pesquisas, desenvolver aplicações, procedimentos de intervenção, etc.

Lara - Entendo. Ao construirmos os conceitos da Psicologia Científica, é preciso atentarmos para seu uso na Psicologia do senso comum para se evitar confusões. Por exemplo, antes de se elaborar o conceito de “crença” em uma teoria psicológica, é preciso estudar como se utiliza o conceito “acreditar” no senso comum. Trata-se de uma análise teórica preliminar para se evitar confusões entre os termos técnicos da Psicologia Científica e o uso original na Psicologia do senso comum.

Dedalus - Sim. Trata-se de uma análise teórica preliminar para se evitar confusões entre os termos técnicos da Psicologia Científica e o uso original na Psicologia do senso comum. Do mesmo modo, quando um psicólogo afirma que um item de um teste psicológico é difícil, o termo “difícil” tem seu uso original no senso comum (por exemplo, difícil significa que “poucos conseguiram acertar o item do teste psicológico”). Se o termo “difícil” tiver outro significado conforme alguma nova teoria psicológica, cumpre analisar as relações entre os dois usos (na Psicologia do senso comum e na Psicologia Científica) para evitar confusões, inconsistências e ambiguidades.

Lara - Mas como usar esses conceitos básicos da relação interpessoal na formulação de Políticas Públicas em Saúde para Surdos de um ponto de vista psicológico?

Dedalus - Podemos utilizá-los, por exemplo, para elaborar estratégias de promoção e de educação para a saúde. A interação que é apresen-

tada no filme “Loja” ocorre em farmácia, mas poderia acontecer em uma campanha sobre promoção de saúde, por exemplo...

Lara - Antes de prosseguir, me responda o seguinte: por que o título do filme é “Loja” se a história se passa em uma farmácia?

Dedalus - Nós, falantes do português, estranharíamos o título “Loja”, mas para os surdos esse título não é considerado um problema. A ideia da diretora do filme é que o tipo de interação ocorrida na farmácia serviria para qualquer tipo de atendimento que ocorre no balcão de um posto de Saúde, farmácia ou comércio em geral. É a maneira como ela, surda, *interpreta e usa* o português; este é um aspecto importantíssimo que costuma acontecer na interação surdo - ouvinte e nós, falantes do português, precisamos estar conscientes desta diferença cultural. *Precisamos partir da interpretação do surdo de uma enunciação de um ouvinte, e nos perguntar, por exemplo: como subjetivamente o surdo interpretou o uso de um conceito que somente existe em português?* Nossa tendência é corrigir, não é mesmo?

Lara - Sim, é o que faríamos no caso de um estrangeiro que chega ao Brasil. Nós compararíamos o português falado com a outra língua estrangeira falada e buscaríamos o vocábulo correspondente. No caso da Língua de Sinais, pode não ser o caso...

Dedalus - Sim.

Lara - Mas, por outro lado, claro que tem sentido o uso que ela está fazendo do termo “loja”... De certo modo somos surpreendidos... Sai do convencional...

Dedalus - Sim. O grupo de ouvintes participantes da “Comunidade Surda” no projeto que citei sobre Cultura Surda não interferiu no sentido de tentar influenciar a autora da narrativa para que alterasse o título. *Precisamos tolerar esta ambiguidade que ocorre na interação entre as duas culturas, e considerá-la parte do processo.*

Lara - “*Tolerar a ambiguidade entre as duas culturas sem generalizar a partir do conhecimento de outras culturas (principalmente a nossa cultura ouvinte!)*” e “*partir da subjetividade da pessoa ao invés, por*

*exemplo, das categorias de certo ou errado*²¹ seriam duas regras importantes para formulação de estratégias de promoção de saúde referenciadas na Cultura Surda?

Dedalus - Sim! Sei que um filme contextualizado em uma farmácia não é o caso paradigmático para o psicólogo que trabalha em prevenção e educação para a saúde, mas o foco em um estudo cultural é a subjetividade do surdo na seleção do contexto que mais o interessa. A ambiguidade inicial apresentada pelo título e pelo tipo de interação atendente - surdo faz parte do processo de entrar em contato com um contexto cultural novo, desconhecido.

Lara - Qual o exemplo que você iria mostrar sobre promoção da saúde de surdos utilizando os conceitos de *compreensão, confiança, cuidado, respeito e controle*?

Dedalus - Ah! Sim! É o seguinte: foi realizada uma pesquisa que consistia em criar uma campanha na Internet²² direcionada aos surdos e à questão do uso de tabaco; neste caso, os conceitos de *compreensão, confiança, cuidado, respeito e controle* podem ser utilizados para analisar: a) a proposta teórica²³ que fundamentou a pesquisa e a campanha, e b) que tipo de Políticas Públicas em Saúde para Surdos está subjacente à campanha.

Lara - Como seria esta análise?

Dedalus - A criação da campanha pode ser analisada da seguinte forma: em relação à *compreensão*, nota-se que grupos de surdos avaliaram o material da campanha (por exemplo, adequação do conteúdo da campanha em Língua de Sinais norte-americana); em termos de *respeito*, grupos de pessoas culturalmente surdas participaram ativamente de todas as etapas da elaboração, aplicação (“testagem de campo”) e avaliação do desenvolvimento do *site* da campanha; aspectos visuais do *site* foram modificados conforme sugestões do grupo de surdos. Por exemplo, sugestões da Comunidade Surda de inserir animações durante a interpretação foram incorpo-

21 Smedslund (1981).

22 <http://www.dfss.nursing.arizona.edu>

23 Jones et al. (2010).

radas ao *site* da campanha.

Lara - Então, a criação da campanha seguiu o lema: “**nada sobre nós sem nós**”²⁴!

Dedalus - Sim! O lema “nada sobre nós sem nós” não se limita à atuação de um membro da comunidade surda no processo de elaboração de uma lei ou campanha que tenha implicação sobre a vida do surdo; repare que a campanha sobre mudança de hábito de fumar entre surdos amplia o escopo do lema do seguinte modo: em termos de *controle*, um surdo, membro da comunidade surda, participou ativamente da elaboração do *site*, e também participou da elaboração do artigo!

Lara - Uma limitação é que o artigo não é em Língua de Sinais; deste modo, não se incentiva a produção científica entre os surdos. As revistas científicas aceitam artigos em língua de sinais?

Dedalus - Somente uma revista científica no Brasil aceita artigo em vídeo: “Revista Brasileira de Tradução Visual”²⁵. Imagine o “ganho cultural” (chamamos a esse ganho cultural de “ganho surdo”, isto é, o ganho que se tem quando assimilamos a perspectiva visual do surdo) para os estudantes de Psicologia se produzissem um artigo visual com legendas em português? Eles produziriam uma informação na perspectiva da Cultura Surda, mas acessível ao ouvinte. Atualmente, nós pensamos e escrevemos em português, e depois vertemos para Libras.

Lara - Interessante! Quais outros conceitos estariam envolvidos na campanha sobre redução do fumo entre surdos?

Dedalus - Em termos de *confiança* foi criada a figura de um moderador surdo, treinado acerca da condução da interação com os usuários do *site*, e que interagia com os participantes do *site* através de *video-chat*, com orientações sobre como lidar com o comportamento de fumar; uma aba do *site* apresentou histórias de sucesso de surdos que abandonaram o comportamento de fumar. Em termos de *cuidado*, foram criadas condições para que o surdo fumante possa continuamente ser assistido pelo moderador tal

24 Sasaki (2007).

25 www.rbtv.associadosdainclusao.com.br

que possa saber como ele se sente no processo de mudança do comportamento de fumar. A importância dos conceitos de *compreensão*, *confiança*, *cuidado*, *respeito* e *controle* é que eles indicam para onde devemos olhar para ampliar os direitos dos surdos.

Lara - O uso do *site* para realizar a campanha de mudança de hábito em relação ao cigarro é interessante porque extrapola o contexto da Unidade Básica de Saúde. Mas poderíamos pensar, em termos de política pública, na criação de todas as campanhas em Saúde com material bicultural – para surdos e ouvintes –, relacionando uma ação na Internet com a atuação na UBS. Por exemplo, uma tela de vídeo em uma UBS transmite informações do *site* relacionadas ao abandono do consumo de cigarros de tal forma que surdos e ouvintes tenham acesso à informação elaborada desde o começo numa perspectiva bicultural; a informação seria dada em Libras (em *respeito* à língua dos surdos) e em português, mas a criação foi elaborada de forma bicultural, com a participação de surdos e de ouvintes. É uma forma de dar visibilidade à cultura surda, sua língua, seu modo de pensar a criação de um *site* na Internet, a forma de disseminar uma informação para surdos e ouvintes... Assim, o lema “nada sobre nós sem nós” tem outro significado, o de que nós ouvintes “ganhamos” algo na interação com o surdo: ganhamos outra leitura do mundo, outro ponto de vista, pois, no uso da Internet para disseminar a informação em Libras, na definição do conteúdo de modo a contemplar as duas línguas sobre como deixar de fumar, e no design do *site* dentro da perspectiva visual do surdo, está a perspectiva de um grupo cultural específico.

Dedalus - Concordo com você acerca do uso da Internet como forma de atuar na prevenção tanto para surdos quanto para ouvintes. A comunidade surda poderia atuar em parceria no desenvolvimento da internet enquanto tecnologia social para uso na Saúde.

Lara - No caso de um surdo que está em atendimento de reabilitação hospitalar, talvez, os conceitos de *compreensão*, *confiança*, *cuidado*, *respeito*, e *controle* não sejam suficientes. Em reabilitação, é utilizada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Como relacionar as duas categorias de conceitos?

Dedalus - É possível, sim, utilizar os conceitos básicos do senso co-

num de forma integrada com os conceitos da CIF usuais em reabilitação²⁶. Por ser uma área multidisciplinar, a área de reabilitação precisa ter um padrão de comunicação comum entre os profissionais; assim, os conceitos da Psicologia do senso comum podem auxiliar nesta busca conceitual. Contudo, ainda predomina na reabilitação em surdez o modelo baseado na ideia de deficiência com um viés para o modelo médico, conforme apontamos no documento da “Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência”. Gradualmente, o psicólogo tem participado mais ativamente das etapas pré e pós-cirúrgica e no processo de reabilitação em si, no caso de implante coclear²⁷, e também na pesquisa acerca do importantíssimo papel do cuidador no processo de reabilitação, investigando seu ponto de vista, suas dúvidas e suas concepções sobre surdez e audição²⁸.

Lara - Como seria no caso do surdo usuário da Língua Portuguesa?

Dedalus - Por exemplo, surdos idosos usuários da Língua Portuguesa demandam informação sobre tecnologias assistivas e diversificados atendimentos; considere as queixas comumente apresentadas pelos idosos usuários da Língua Portuguesa²⁹. Idosos surdos usuários da Língua Portuguesa constituem um grupo heterogêneo composto por ouvintes que perderam a audição em diferentes faixas etárias, mas que dominam o português escrito e falado. As tecnologias assistivas – que consistem em uma aplicação da portaria do Ministério das Comunicações estabelecida de 112 horas semanais de legenda em programas de TV³⁰, e de aplicativos para celulares criados para esse grupo – podem beneficiar os demais surdos, inclusive o surdo profundo usuário de Libras. São possibilidades em que seu uso seria relevante: a) celebrações religiosas acessíveis para idosos (neste caso, o uso de imagens, gestos e expressões durante o evento poderiam ser considerados ajuda técnica), b) conscientização de que é um direito do cidadão,

26 Nav Sikte (s/d).

27 Yamada (2005).

28 Canho et al. (2006).

29 Fialho (2009).

30 Brasil (2006, 2012).

em vez de “favor” do Estado, a prestação de serviços em saúde auditiva (o conceito de *controle e respeito* podem ser pensados aqui para aperfeiçoar este aspecto das Políticas Públicas em Saúde para Surdos) e, c) usufruto do direito de exigir aparelhos mais adequados, confortáveis (o conceito de *cuidado* pode ser utilizado para estabelecer critérios acerca dos aparelhos auditivos a serem adquiridos) para o surdo, conforme estabelecido com os especialistas em Fonoaudiologia e Otorrinolaringologia.

Lara - Eu preciso ir. Tenho supervisão de estágio agora. Poderíamos sintetizar esta nossa conversa por *e-mail* ?

Dedalus - Ok. Tenho agora uma reunião de Colegiado do Departamento, e vou tentar defender a proposta de que o curso de Psicologia precisa ter um professor de Libras para praticar Libras, de forma que o estagiário em Clínica possa atender o cliente surdo sem a presença de um intérprete...

Lara – *Cuidado e respeito* com o surdo... Isso é tão básico... Está no Código de Ética a confidencialidade... Como não atinamos para isso?

Dedalus - Pois é... Bom, enviarei um *e-mail* para você, ok? Enviarei também o artigo sobre a campanha sobre o consumo de tabaco entre surdos.

Lara - Combinado!

Conforme combinado, Dedalus e Lara prosseguiram o diálogo por *e-mail*:

Para: Dedalus

De: Lara

Assunto: Política Pública em Saúde para Surdos

13 de novembro de 2014, 18:04

Dedalus,

Li o artigo sobre a campanha de redução do consumo de tabaco entre surdos que você me enviou. Achei muito interessante. Conheço a “Teoria de Auto-eficácia” de Bandura³¹ e o “Modelo de Estágio de Mudança” de DiClemente e Prochascka utilizados na elaboração da proposta. Conforme havíamos conversado, acho difícil utilizar os conceitos da Psicologia do senso comum para dialogar com estas teorias psicológicas. Talvez esta seja a razão para não produzir o artigo em língua de sinais: se não há um sinal para o conceito de auto-eficácia, seria preciso usar o “alfabeto manual”, mas como abordar o significado teórico que o conceito tem dentro da concepção psicológica de Bandura? Cairíamos no mesmo problema da receita em que está escrito “ácido glicirhízico”... É uma pena este tipo de limitação, pois tinha pensado seriamente em ter como estratégia de disseminação de informações uma espécie de “artigo visual” em Libras e com legenda em português, disponível para apresentação nas Unidades Básicas de Saúde, na Internet, e em TVs e telas de mídia instaladas em metrô, cafés, aeroportos, supermercados, etc. Acho que uma limitação deste tipo demanda estudos e pesquisas adicionais para sua implementação, de forma que possamos agir com pleno *respeito* à cultura surda.

Abraço.

31 Bandura (1977).

Para: Lara

De: Dedalus

Assunto: RES: Política Pública em Saúde para Surdos

13 de novembro de 2014, 20:34

Lara,

O psicólogo norueguês Jan Smedslund defende a proposta de que a noção de auto-eficácia de Bandura pode ser vertida para a linguagem cotidiana não-técnica. Um exemplo de Smedslund é o seguinte trecho do *abstract*³² do artigo de Bandura:

“Essa teoria afirma que procedimentos psicológicos, quaisquer que sejam as suas formas, alteraram o nível e a força de auto-eficácia”.

Em uma linguagem não-técnica, essa passagem seria, segundo Smedslund (1978):

“É proposto que o modo como as pessoas são tratadas mudam suas crenças no que elas podem fazer, e quão fortemente elas acreditam nisso”.

Ao contrário da redação técnica de Bandura, a segunda versão é plenamente interpretável em Libras; além disso, os ouvintes também conseguem entender, comentar, pensar em exemplos e discutir a proposta de Bandura porque “crença” e “acreditar” são termos da Psicologia do senso comum. Auto-eficácia não tem sinal em Libras, mas *acreditar* e *crença* têm sinal, e o surdo pode concordar ou discordar a respeito. Smedslund vai além da mera tradução dos conceitos psicológicos para a linguagem não-técnica; ele mostra que as afirmações teóricas do artigo de Bandura sobre auto-eficácia são *teoremas do senso comum*, ou seja, proposições expressas em termos de conceitos da linguagem cotidiana, e que são logicamente necessários no sentido de que são derivados: a) do significado dos termos envolvidos (conforme definido no dicionário), b) de outras proposições já provadas, ou c) de proposições auto-evidentes. Por exemplo, Smedslund mostra que, na definição de auto-eficácia, “crença” e “ação” não são, do ponto de vista lógico, independentes: pois,

32 Smedslund (1978).

“se uma pessoa *quer* fazer uma ação (por exemplo, parar de fumar) numa situação, e se a pessoa *acredita* com toda certeza que ele *pode* fazer a ação naquela determinada situação, e nenhuma outra circunstância intervéem, então a pessoa deverá fazer a ação naquela situação”.

Para: Dedalus

De: Lara

Assunto: RES: RES: Política Pública em Saúde para Surdos

19 de novembro de 2014, 15:34

Sintetizando nosso diálogo, creio que temos alguns elementos para pensar em Políticas Públicas em Saúde para Surdos: a) propor ações e programas de atendimento para surdos usuários de Língua de Sinais Brasileira (Libras) e surdos usuários da Língua Portuguesa; b) fundamentar estas iniciativas na perspectiva biopsicossocial sobre surdez (orientar os pais e os profissionais acerca da cultura surda, da língua de sinais e do “ganho cultural”), que deve ser parte integrante do Programa Nacional de Atenção a Saúde Auditiva (PNASA) e do conjunto de observações feitas aos pais no Programa de Triagem Neonatal Auditiva; c) fomentar a comunicação entre os profissionais de Saúde e os surdos utilizando Libras de forma contextualizada, de acordo com os parâmetros da cultura dos surdos, e a partir dos parâmetros culturais comuns de *compreensão, confiança, cuidado, respeito, e controle*; d) aplicar tais parâmetros culturais em todos os níveis de prevenção: primária (campanhas de informação), secundária (interação profissional - surdo em situação de risco) e terciária (reabilitação).

Referências

- ANDRADE, C. L. et al. Programa Nacional de atenção a Saúde Auditiva: Avanços e Entraves da Saúde Auditiva no Brasil. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, v. 12, n. 4, p. 404-410, 2014.
- BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological-Review**, v. 84, p. 191-215, 1977.
- BITTENCOURT, Z. Z. L. C. et al. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, p. 769-776, 2011.
- BITTENCOURT, Z. Z. L. C.; HOEHNE, E. L. Qualidade de vida de familiares de pessoas surdas atendidas em um centro de reabilitação. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1235-1239, 2009.

BRASIL. **Decreto Nº 6.949, de 25 de Agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm. Acesso em: 30 Jun. 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Questionário básico: Censo 2010.** Brasília: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2009a.

BRASIL. Lei 10.436. **Dispõe sobre a Língua Brasileira de Sinais - Libras e dá outras providências.** Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10436.htm. Acesso em: 30 Ago. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Decreto Nº 3.956, de 8 de Outubro de 2001.** Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/guatemala.pdf>. Acesso em: 14 Jul. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. **Declaração de Salamanca** Brasília: Ministério da Educação e Cultura, 1994. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>. Acesso em: 10 Jul. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf. Acesso em: 30 Ago. 2015.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf. Acesso em: 14 Jul. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 310, de 27 de junho de 2006.** Portaria que aprova a Norma nº 001/2006 - Recursos de acessibilidade, para pessoas com deficiência, na programação veiculada nos serviços de radiodifusão de sons e imagens e de retransmissão de televisão. Disponível em: <http://www.mc.gov.br/portarias/24680-portaria-n-310-de-27-de-junhode2006>. Acesso em: 10 Jul. 2015.

BRASIL. **Portaria nº 312, de 26 de junho de 2012.** Altera texto do item 7.1 da Norma Complementar nº1/2006, estabelecendo valor mínimo de horas para veiculação obrigatória do recurso de legenda oculta para emissoras do serviço de sons e imagens e de retransmissão de televisão. Disponível em: <http://www.mc.gov.br/portarias/25916-portaria-n-312-de-26-de-junhode2012>. Acesso em: 10 Jul. 2015.

CANHO, P. G. M. et al. A vivência do pai no processo de reabilitação da criança com deficiência auditiva. **Estudos de Psicologia**, v. 23, p. 261-269, 2006.

FIALHO, I. M. et al. Percepção de idosos sobre o uso de AASI concedido pelo Sistema Único Saúde. **Revista CEFAC**, v. 11, p. 338-344, 2009.

GARCIA, J. **Sign with your baby: how to communicate with infants before they can speak.** Seattle, WA: Northlight Communications, 2003.

HEIDER, F. **Psicologia das relações interpessoais.** São Paulo: Pioneira / EDUSP, 1970.

IANNI, A.; PEREIRA, P. C. A. Acesso da Comunidade Surda à Rede Básica de Saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 18, p. 89-92, 2009.

JONES, E. G. et al. Creating and testing a deaf-friendly stop-smoking web site intervention. **American Annals of the Deaf**, v. 155, p. 96-102, 2010.

MCCRONE, W. P. Law and ethics in mental health and deafness. In: GUTMAN, V. (Org.). **Ethics in mental health and deafness**. Washington, DC: Gallaudet University Press, 2002. p. 38-51.

NAV SIKTE, T. J. (s/d). **ICF and Common Sense in Rehabilitation**. Washington: National Centre for ICT-Aids. Disponível em: https://www.nav.no/_attachment/187608?download=true

NÓBREGA, J. D. et al. Identidade surda e intervenções em Saúde na perspectiva de uma comunidade usuária de língua de sinais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, p. 671-679, 2012.

POGREBINSCH, T. (2012) Conferências nacionais e políticas públicas para grupos minoritários. **Texto para Discussão** 1741. Brasília: IPEA. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/participacao/images/pdfs/td_1741.pdf

SANDERSON, H. Loja. Círculo de Cultura Surda, UnB. Vídeo. <http://vimeo.com/86601458>

SASSAKI, R. K. Nada sobre nós sem nós: da integração a inclusão - Parte 1. **Revista Nacional de Reabilitação**, v. 10, p. 8-16, 2007.

SMEDSLUND, J. **The Structure of Psychological Common Sense**. Mahwah, N. J.: Lawrence Erlbaum, 1997.

SMEDSLUND, J. The logic of psychological treatment. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 22, p. 65-77, 1981.

YAMADA, M. O. O papel do psicólogo no programa de implante coclear no hospital de reabilitação de anomalias craniofaciais. **Estudos de Psicologia**, v. 22, p. 255-262, 2005.

19. POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO: DESAFIOS PARA A PSICOLOGIA

Melina Borges Martinho Freire

Larissa Polejack

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial que se manifesta de forma distinta nos países, sendo que no Brasil esse processo ocorre de forma acelerada (CARVALHO, 2007). Dentre os motivos que possibilitaram essas mudanças na dinâmica demográfica brasileira, pode-se citar a queda da fecundidade, o aumento da expectativa de vida, as alterações nos arranjos familiares (LIMA, 2011) e a queda da mortalidade (GOMES, 2008).

O declínio da fecundidade e o consequente envelhecimento populacional no Brasil estão relacionados às transformações sociais produzidas pelo processo de modernização e que possibilitaram às mulheres maior autonomia no uso do corpo, além de ganhos sociais e econômicos (DIAS JUNIOR et al., 2006).

A diminuição nas taxas de mortalidade e o aumento da expectativa de vida referem-se à relativa melhoria no acesso da população aos serviços de Saúde, às campanhas nacionais de vacinação, aos avanços tecnológicos da Medicina – como, por exemplo, o advento dos antibióticos (CARVALHO, 2007) –, ao aumento do número de atendimentos pré-natais, bem como ao acompanhamento clínico do recém-nascido, ao aumento do nível de escolaridade da população, aos investimentos na infraestrutura de saneamento básico e à percepção dos indivíduos com relação às enfermidades (BRASIL, 2010a).

Sendo assim, o envelhecimento se configura como um conceito multidimensional, pois além de ser influenciado por modificações biológicas e sociais, está atrelado a mudanças psicológicas (SANTOS, 2010), principalmente no que concerne ao plano simbólico referente à percepção do envelhecer. Para Ávila et al. (2007), esse fenômeno não seria definido pela idade da pessoa, mas pelos efeitos que essa idade causaria a seu organismo. Nesse sentido, a velhice seria caracterizada tanto por representações

sociais quanto por construções individuais e vivenciais, ou seja, um constructo facilmente reconhecido no outro e na função do corpo, mas não em si e nem no percurso do tempo vivido.

O envelhecimento populacional traz grandes desafios para as políticas públicas, pois ressalta a necessidade de assegurar a continuidade do processo de desenvolvimento econômico e social, garantindo a equidade entre os grupos etários na partilha dos recursos, direitos e responsabilidades sociais (CARVALHO, 2007).

No plano internacional, pode-se dizer que há dois eventos marcantes no direcionamento de políticas públicas voltadas para a população idosa: a Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, promovida pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1982, em Viena, e outra em Madri, em 2002. O Plano de Viena é considerado como marco inicial no requerimento de uma política pública para a população idosa e essa assembleia influenciou os rumos da discussão pública sobre velhice no Brasil (GOMES, 2008).

De acordo com Camarano; Pesinato (2004), pode-se dizer que o desenvolvimento das políticas brasileiras para a população idosa foi influenciado por duas iniciativas da década de 1960. A primeira refere-se à criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, que teve como objetivos promover iniciativas a obras sociais de amparo à velhice, além de estimular a cooperação com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas. A segunda iniciativa está relacionada ao trabalho realizado pelo Serviço Social do Comércio (SESC) em conjunto com comerciários de São Paulo que tinham como principal preocupação o desamparo e a solidão entre os idosos.

Já para Gomes (2008), as primeiras ações institucionais voltadas para os idosos datam da década de 1970, cabendo ao Ministério da Previdência e Assistência Social a definição e à Legião Brasileira de Assistência (LBA) a execução das políticas. De acordo com os documentos oficiais, os principais projetos buscavam repassar recursos e orientações técnicas para entidades que se propunham a executar trabalhos para a população idosa, em grupos de convivência e entidades asilares.

Até a década de 1980, as políticas destinadas à população idosa centravam suas ações na garantia de renda e assistência social através do asilamento para os idosos em risco social, deixando à margem dos programas

aqueles que tinham melhores condições socioeconômicas. Mesmo que a maioria das questões sobre o envelhecimento não tenha sido objeto de ações governamentais, essa década representou um período bastante rico, em que os idosos começaram a se organizar e no qual surgiram às primeiras associações de idosos no Brasil. Foi também nesse período que a sociedade científica iniciou os primeiros estudos gerontológicos e realizou inúmeros seminários e congressos, sensibilizando, dessa forma, os governos e a sociedade para a questão da velhice (CARVALHO, 2007).

O grande avanço em políticas de proteção social aos idosos brasileiros foi dado pela Constituição Federal de 1988, que levou em consideração algumas orientações da Assembleia de Viena. Na Constituição, foi introduzido o conceito de seguridade social, que possibilitou uma mudança no significado da rede de proteção social, deixando-a vinculada a uma conotação de direito de cidadania, e não mais a uma conjuntura social-trabalhista e assistencialista. O acesso à saúde e educação também foi garantido para toda a população, bem como assistência social para a população necessitada. Entretanto, apesar do avanço em relação ao papel do Estado na proteção à pessoa idosa, a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado desta população (CAMARANO; PESINATO, 2004).

Outro marco para as políticas públicas de proteção aos idosos foi a aprovação da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS – Lei 8.742/93, que garantiu à Assistência Social o *status* de política pública de seguridade social, direito ao cidadão e dever do Estado. Essa lei possibilitou o reconhecimento de contextos multivariados e – por vezes universais – de riscos à saúde do cidadão idoso, além de pontuar o benefício de prestação continuada (FERNANDES; SOARES, 2012).

Política Nacional do Idoso (PNI)

O caráter social e assistencial da Constituição possibilitou a efetivação de avanços na assistência social no Brasil, como a Política Nacional do Idoso (PNI), sancionada em 1994. Essa política encara o envelhecimento como uma conquista da população brasileira e funda-se em um conjunto de ações governamentais com intuito de certificar os direitos sociais dos idosos, promover sua autonomia, integração, participação efetiva na socie-

dade, e atender às suas necessidades básicas de habitação, saúde, previdência, lazer, trabalho e assistência social (LIMA, 2011).

A Política Nacional do Idoso foi regulamentada através do Decreto nº 1.948, de 03/07/1996, contendo 20 artigos. Dentre seus artigos, pode-se citar o 4º, que apresenta orientações referentes ao atendimento não-asilar, como, por exemplo: Centro de Convivência – local de permanência durante o dia, para desenvolvimento de atividades de recreação, educação e laborais; Centro de Cuidados Diurnos, Hospital-Dia e Centro-Dia-Local – local para os idosos permanecerem durante o dia caso necessitem de cuidados ou de assistência médica; Casa-Lar – residência para o idoso em situação financeira precária e sem família, que funcionará em sistema participativo com outros idosos.; Oficina Abrigada de Trabalho – local para elaboração de atividades produtivas com o objetivo de propiciar a elevação de renda; Atendimento Domiciliar - assistência prestada ao idoso que viva sozinho e seja dependente, com intuito de acolher suas necessidades da vida diária (MOTA, 2007).

Estatuto do Idoso

No ano de 2003, foi aprovado o estatuto do idoso, por meio da Lei nº 10.741, para reforçar e complementar as diretrizes da PNI. O Estatuto estabeleceu orientações para a política de atendimento à pessoa idosa ao determinar que “o envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social” (artigo 8 do Estatuto do Idoso, BRASIL, 2010b) e que “é obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam seu envelhecimento saudável e em condições de dignidade” (artigo 9 do Estatuto do Idoso, BRASIL, 2010b).

Além disso, o Estatuto institui o idoso como a pessoa com idade superior ou igual a 60 anos, tem o objetivo de garantir os direitos sancionados pelas políticas públicas dirigidas à pessoa idosa, priorizando o atendimento das necessidades básicas e a manutenção da autonomia como conquista de direitos sociais (CARVALHO, 2007). Esse autor também ressalta que os avanços nas políticas sociais de atenção aos idosos no Brasil, bem como a preocupação em garantir as necessidades básicas e a proteção

dos direitos humanos dessa população não foram suficientes para garantir a eficácia da execução destas políticas, fazendo com que elas ainda estejam distantes da realidade.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI)

Em 19 de outubro de 2006, foi assinada a portaria nº 2.528 do Ministério da Saúde, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Esta Portaria traz um novo modelo para a discussão da situação da saúde dos idosos na medida em que inclui a análise da condição funcional, ou seja, se essa parcela da população é independente ou não, para a formulação de políticas públicas (BRASIL, 2010a).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), esta política tem como objetivo a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa por meio do direcionamento de medidas coletivas e individuais de saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Essas diretrizes refutam a ideia de que a saúde da pessoa idosa está vinculada apenas a presença ou ausência de doenças orgânicas.

Os fundamentos da PNSPI têm como origem a Assembleia Mundial Para o Envelhecimento, ocorrida em 2002, que possui os seguintes princípios: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza; fomento à saúde e bem-estar na velhice; criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento; fomento a recursos socioeducativos e de saúde direcionados ao atendimento ao idoso.

Sendo assim, a promoção à saúde do idoso inclui as seguintes diretrizes:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais (integralidade da atenção);
- Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo à participação e fortalecimento do controle social;
- Formação e educação permanente dos profissionais de saúde;
- Divulgação e informação para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS;
- Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2010a).

Psicologia e Políticas Públicas de Atenção à Pessoa Idosa

Para Gonçalves (2010), a Psicologia nunca esteve totalmente ausente do campo das políticas públicas. Entretanto, sua atuação ocorreu quase sempre de forma indireta, ficando à margem de outras atuações profissionais no setor público. Isso ocorreu devido aos desdobramentos históricos e às convicções produzidas pelo desenvolvimento da profissão. Dentre estas é possível citar: a conceituação da Psicologia como uma prática neutra, e a naturalização dos fenômenos psicológicos, resultando em buscas por um conhecimento universal sobre o psiquismo humano.

Nesse sentido, a autora ressalta que a análise crítica da Psicologia no Brasil revela uma contradição na profissão, na medida em que o caráter ideológico do campo difere dos compromissos que este expressava como atuação. Assim, percebe-se que a atuação da Psicologia encontrava-se dividida: por um lado, estava a naturalização e normalização das subjetividades dos indivíduos, priorizando a adaptação e a adequação dos sujeitos, mesmo que diferentes, ao meio em que estavam inseridos; por outro lado, a atuação do psicólogo se deparava com a criação de espaços críticos que estimulavam a expressão social, a busca de alternativas inovadoras e a elaboração de propostas de ruptura com modelos de atuação tradicionais, visando colocar a Psicologia a serviço da maioria das pessoas.

Um dos fatores marcantes para a mudança na área foi o desenvolvimento da Psicologia Comunitária no contexto de Estado brasileiro autoritário, pois esta elaboração de novos saberes e novas práticas que negavam o paradigma hegemônico, de neutralidade, de intervenções “técnicas” e de disposição dos indivíduos nas instituições sociais conservadoras. A Psicologia Comunitária no Brasil possibilitou a vinculação entre a concepção sócio-histórica de subjetividade e a prática emancipatória do sujeito, além de ter sido um dos componentes que contribuiu para uma nova participação dos psicólogos nas políticas sociais (GONÇALVES, 2010).

Além disso, é preciso destacar que as necessidades das diferentes realidades locais do Brasil foram essenciais para que novos contornos fossem delineados para atuação do psicólogo (BRIGAGÃO et al., 2011). Toda intervenção no campo social necessita de uma compreensão que ultrapasse

os aspectos globais de relações amplas, de movimentos de grupos ou de parcelas da população. Sendo assim, é preciso compreender as subjetividades envolvidas nesse processo, como elas se manifestam, como contribuem para a constituição desses processos, e como são por eles afetadas (GONÇALVES, 2010).

A relação entre Psicologia e Políticas Públicas está atrelada à identificação dos desafios colocados para a sociedade que se pretenda democrática e que garanta os direitos sociais. A garantia desses direitos está vinculada ao respeito pelos direitos humanos. Isso estabelece uma relação tênue na medida em que é exigida da prática psicológica uma reflexão sobre as implicações, muitas vezes sutis, sobre o encadeamento que a violação dos direitos humanos traz para as vivências subjetivas (GONÇALVES, 2010). Ou seja, a preocupação é evidenciar como as situações de desrespeito afetam as subjetividades, como o conhecimento psicológico pode servir para a denúncia qualificada, e como os psicólogos podem assumir esse espaço de luta pela transformação das situações que acarretam a violação dos direitos fundamentais de todos.

Os psicólogos passam, assim, a se inserir como protagonistas na construção de políticas públicas no Brasil na formulação de propostas, na gestão de sistemas e serviços, na formação de profissionais vinculada a práticas públicas e sociais, na produção de conhecimentos, na reinvenção da atenção — criando dispositivos clínicos e de cuidados, na participação nos conselhos de saúde — bem como na condição das entidades da categoria profissional (Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul, 2001/2004).

Para o CREPOP (2007), uma Psicologia comprometida com a transformação social adota como foco necessidades, potencialidades, objetivos e experiências dos oprimidos. Nesse sentido, a Psicologia pode proporcionar contribuições no sentido de considerar e atuar sobre a dimensão subjetiva dos sujeitos, beneficiando o crescimento da autonomia e cidadania. Dessa maneira, as práticas psicológicas não devem categorizar os indivíduos atendidos, mas buscar compreender e intervir sobre os processos e recursos psicossociais, observando as particularidades e circunstâncias em que ocorrem.

É preciso, portanto, olhar o sujeito no conjunto social e político em

que está inserido, e humanizar as políticas públicas. O CREPOP (2007) ressalta que os cidadãos devem ser pensados como sujeitos que têm sentimentos, ideologias, valores e estilos próprios de interagir com o mundo, constituindo uma subjetividade que se constrói na interação sucessiva dos sujeitos com os aspectos histórico-culturais e afetivos relacionais que os cercam. Essa extensão subjetiva deve ser levada em consideração quando se organizam e executam as políticas públicas.

Conclusões

O envelhecimento é um processo natural que ocorre ao longo de toda a experiência de vida do ser humano, por meio de escolhas e de circunstâncias. O preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo: há ainda os que pensam que se investe na infância e se gasta na velhice. Conforme sinalizado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a), percebe-se que a atenção contínua e eficaz para a saúde e o bem-estar da população idosa requer diferentes níveis de intervenção dos serviços de Saúde, adequada às distintas fases de enfermidade e aos diferentes graus de incapacidades, e deve estar baseada em um cuidado integral, de qualidade, humanizado e oportuno.

Em relação à atuação dos psicólogos, percebe-se que a ocupação do espaço social das políticas públicas é recente. Talvez por isso, determinados segmentos da população parecem carecer da contribuição dessa área na formulação de suas políticas. Isso fica bem visível na relação entre a Psicologia e o estudo sobre políticas públicas para as pessoas idosas.

No que concerne às políticas públicas elaboradas para a população idosa, percebe-se que há entraves no que se refere à prática do psicólogo, principalmente devido à construção de que a saúde do idoso está atrelada à ausência de doenças biológicas. Nesse sentido, a atuação da Psicologia nesse campo se torna determinante, pois proporciona uma mudança na forma biomédica de enxergar as políticas públicas para essa parcela da população.

Sendo assim, em consonância com o que foi apresentado por Gonçalves (2010), é preciso cada vez mais se despir da prática neutra, naturaliza-

dora, patologizante e individualista dos fenômenos psicológicos. Torna-se necessário assumir uma postura crítica, ativa e participativa tanto no que se refere à formulação de políticas públicas para os idosos quanto na sua implementação e no empoderamento desse espaço de atuação.

Outro elemento essencial para a atuação do psicólogo no contexto de políticas públicas de atenção à pessoa idosa refere-se à subjetividade dos indivíduos, que será relacionada à forma como eles se percebem nesse processo e como percebem as políticas e sua influência em suas formulações. Além disso, Gonçalves (2010) fala também sobre uma “dimensão subjetiva dos fenômenos sociais”, que permite que as políticas considerem o sujeito a que se destinam, e, ao mesmo tempo, que apontem o campo social em que se propõem a introduzir transformações dirigidas aos objetivos das referidas políticas. Dessa forma, essas duas dimensões da subjetividade devem ser entrelaçadas na prática ativa e transformadora do psicólogo nesse contexto e no acolhimento da população idosa, priorizando a ressignificação da velhice e a autonomia desses sujeitos.

A atuação da Psicologia precisa estar pautada também no respeito aos direitos humanos, e em como a percepção destes afeta a subjetividade dos envolvidos, realizando denúncias caso sejam presenciadas situações que os violem esses direitos.

O psicólogo precisará, dessa forma, ter um olhar que seja ao mesmo tempo amplo e singular, para perceber o sujeito no conjunto social e político em que está inserido, estando atento à subjetividade desses sujeitos para humanizar as políticas públicas.

Referências

- ÁVILA, A. H. et al. Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. **Pensamiento Psicológico**, v. 3, n. 8, p.7-18, 2007.
- BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 e legislação correlata. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2010b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento. Série Pactos pela Saúde**, v. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.
- BRIGAGÃO, J. et al. As interfaces entre Psicologia e Políticas Públicas e a configuração de novos espaços de atuação. **Revista de Estudos Universitários (REU)**, Sorocaba, v. 37, n.1, p. 199-215, 2011.

CAMARANO, A. M.; PASINATO, M. T. Envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In: CAMARANO, A. M. (Org.). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004, p. 253-291.

CARVALHO, M. C. B. N. M. O diálogo intergeracional entre idosos e crianças: Projeto “Era uma vez... atividades intergeracionais”. 2007. 123 f. Dissertação (Mestrado em Serviços Social)-Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS – CREPOP. **Referência Técnica para atuação do (a) psicólogo (a) no CRAS/SUAS**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL - CRP 07. Psicologia e Políticas Públicas: Experiências em Saúde Pública. Porto Alegre: CRP 07, 2001/2004.

DIAS JUNIOR, C. S. et al. O envelhecimento da população brasileira: uma análise de conteúdo das páginas da REBEP. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 7-24, 2006.

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, 2012.

GOMES, M. G. C. **Envelhecimento feminino e espaço público**: A dimensão do aconchego e da política. 2008. 201 f. Tese (Doutorado em Serviço Social)-Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

GONÇALVES, M. G. M. **Psicologia, Subjetividade e Políticas Públicas**. São Paulo: Cortez, 2010.

LIMA, C. R. V. **Políticas públicas para idosos**: A realidade das instituições de longa permanência no Distrito Federal. 2011. Monografia (Pós-Graduação)-Centro de Formação, Treinamento e Aperfeiçoamento da Câmara dos Deputados, Brasília, DF, 2011.

MOTA, L. O. **O Envelhecimento e Inclusão Social**: O Projeto Agente Experiente. 2007. 10 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social)-Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, S. S. C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontogerátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1035-1039, 2010.

20. ASILAMENTO E EXILAMENTO: NOVAS VIGÊNCIAS DA SEGREGAÇÃO

*Ricardo Burg Ceccim
Guilherme de Souza Müller*

Levantamos aqui questões de pensamento às práticas de asilamento socio-sanitário destinadas às pessoas com história de sofrimento psíquico, abandono familiar, envelhecimento e diversas necessidades especiais. Práticas essas apresentadas como uma nova forma à segregação, implicando o exilamento da vida, uma espécie de sobrevida qualquer, alheia à potência das reinvenções de si, de entornos e de serviços, assim como distante das reconfigurações da vida em sociedade, da composição de coletivos inéditos em redes de relações sociais e da renormatização do saudável. Exilamento que acontece pela condição de submissão ao abrigo em asilos irregulares, improvisados e precários, alvo de denúncias aos órgãos de proteção de direitos humanos, como o Ministério Público, e de Vigilância em Saúde. Situação que transgride a política de desinstitucionalização em saúde mental e a política de direitos humanos e saúde (saúde do idoso, saúde da pessoa com deficiência, saúde mental, saúde das populações especiais, entre outras).

Assiste-se a uma situação que remonta às denúncias que geraram a popularização da Luta Antimanicomial, retirando-a do debate científico-profissional para um tema das ruas e da sociedade. Não estariam as práticas socioassistenciais reeditando – em miniatura – o mesmo desenho manicomial dos primeiros anos da Reforma Psiquiátrica? Não estaria em curso – em pleno século XXI – a edição de minimanicômios para “novos anormais”, novos monstros cotidianos ou mesmo novos monstros banalizados? Os anormais (ou monstros humanos), na história, são aqueles indivíduos que requereriam sobrecorreção ou reeducação e, por isso, deveriam *repousar* em segredo da vista pública, segregados, pessoas em experimentação de patologias mentais, debilidades físicas, deficiências ou comportamentos pouco atentos ao regramento moral na sociedade europeia dos

séculos XVIII e XIX (cada vez mais presente nas culturas urbanas atuais como um novo moralismo: fundamentalista e relacionado com a expansão do movimento neopentecostal ou do evangelismo massivo e midiático). Esses manicômios em miniatura nos soaram como “minicômios”.

Embora não articulado à nossa posição sobre o exilamento de vidas, Andrade (2011), em *Além dos manicômios - 18 de maio/ Dia Nacional de Luta Antimanicomial*, também usa a expressão “minicômio”, reportando-se às más condições de trabalho na rede manicomial-substitutiva:

Ir além dos manicômios é caminhar mais ainda na sua desinstitucionalização, para além da desospitalização, pois corremos o risco da substituição destes por “minicômios” com novas tecnologias engessadas pela total falta de recursos. Aos novos equipamentos substitutivos também cabe uma mudança paradigmática urgente, com uma permanente avaliação/análise institucional.

Pois, em sobressalto, verificamos a emergência de políticas “de proteção socio sanitária”, bastante similares à “profilaxia da degradação humana”, à “defesa social contra a degeneração” e às “biopolíticas em suas estratégias disciplinares da saúde e da vida”, por meio do asilamento de pessoas que remete a sua *exclusão da e segregação na* vida comunitária, seja em termos de livre circulação, como de inserção no trabalho ou em equipamento do setor artístico-cultural e recomposição das relações sociais. Essa segregação, voltada para os indivíduos, retorna em dispositivo de exílio da vida, para que não produza diferença, separando vidas com direito de expansão e vidas segregadas (não mais a segregação de pessoas, mas da própria vida).

Proteção Socio sanitária X Segregação

No Estado do Rio Grande do Sul, expande-se o número de denúncias de abrigos e casas privadas de longa permanência em condições irregulares. Esses espaços recebem pessoas, na maioria das vezes, em situação de vulnerabilidade social. Grande parte são usuários em sofrimento psíquico, idosos e pessoas com algum tipo de incapacidade física ou mental. Muitos desses usuários são encaminhados diretamente por familiares ou pela rede

pública de Saúde e de Assistência Social. A Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS) denominou essas casas genericamente por casas asilares privadas. O asilamento se dá pelo caráter da maioria dessas casas, que é o de reclusão e confinamento permanente dos usuários. Adotamos o neologismo “minicômio”, em referência ao modelo manicomial das instituições psiquiátricas de segregação das pessoas com transtorno mental, proibidas por lei no Brasil, desde 2001 (BRASIL, 2001). Esses locais, os manicômios, concentravam um grande número de pessoas em sofrimento psíquico, onde, em grande parte, havia clara violação dos direitos humanos, mas também a clausura do devir “desviante” da imposição de mundo, de Estado e de identidade saudável. Os asilos irregulares de hoje possuem características muito semelhantes à situação dos grandes hospitais psiquiátricos, especialmente em seus supostos de segregação, isolamento do convívio social e supressão dos ditames à dignidade da vida humana em instituições. O que justifica ou autoriza sua vigência ou naturalização?

A hipótese para o alastramento desse tipo de serviço é a grande lucratividade como negócio privado oferecido à assistência social, a ausência ou ineficiência de políticas públicas às populações vulneráveis e a vigência de um modelo de sociedade da exclusão e da imposição biopolítica no governo das populações. Ainda assim, difícil compreender sua existência anacrônica em meio ao contemporâneo. O dinheiro recebido pelas casas muitas vezes é proveniente dos benefícios sociais recebidos por seus usuários, como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), o Programa de Volta pra Casa (PVC), a aposentadoria e outros tipos de remuneração. No caso das denúncias averiguadas pelo Estado do Rio Grande do Sul, geralmente foram verificados mais usuários do que as estruturas permitem ou foram credenciadas para receber, além de não haver contratação de profissionais em número suficiente, nem a manutenção física ou sanitária necessária aos espaços. Verifica-se o descaso, a superlotação e a maior lucratividade econômica possível, além da imposição de condutas de comportamento, constrangimentos e regras abusivas. Na rede pública de Saúde e de Assistência Social estão importantes encaminhadores para esses locais, atuando em uma lógica oposta ao que preconizam o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único da Assistência Social (SUAS).

O “caso” que nos serve de referência traz uma situação observada

na cidade de Cachoeira do Sul, município localizado no centro do Estado do Rio Grande do Sul. Desde 2007, o Ministério Público de Cachoeira do Sul acompanha a situação de casas irregulares para o cuidado de pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade. Em março de 2013, o órgão encontrou 22 Instituições de Longa Permanência – ILP, procedimento investigativo proveniente de denúncias de irregularidades e violação de direitos humanos. Neste levantamento, foram constatados 650 moradores com questões de saúde variadas, dentre eles portadores de transtorno mental, uso problemático de álcool e outras drogas, idosos e pessoas com supostas necessidades especiais sem questões de saúde especificadas no prontuário. Nos ocorreu pensar o exilamento das vidas que estão dentro desses espaços, aprisionadas e reféns de uma conduta de Estado por sua condição de fragilidade e pela dependência objetiva de uma “ética do viver juntos”.

O Estado – Secretaria Estadual da Saúde e Ministério Público de Cachoeira do Sul – iniciou um trabalho para fiscalizar e, se necessário, interditar essas casas. Focou-se em estratégias de desinstitucionalização dos abrigados, responsabilizando os municípios de procedência por realizar ações conjuntas. Até o momento, foi realizado o censo clínico e psicossocial com os moradores de duas dessas casas com o objetivo de compor um Projeto Terapêutico Singular (PTS) para esses usuários, propondo-se estratégias de realocação e de devolução da liberdade e dos direitos. O PTS, no caso, tomado como planejamento e gestão de um programa de desinstitucionalização retornado como necessário (ainda presente o modelo manicomial!).

A partir dessa situação “exemplar”, nos colocamos a pensar que dispositivos socio sanitários vieram promover o exilamento da vida, quando do asilamento de pessoas. Por que se admite a situação degradante do asilamento em casas irregulares e sob evidente violação de direitos? Quais as novas institucionalizações emergentes no exilamento da vida e como se delibera e atua na gestão das políticas de direitos? Saber qual o principal “público asilado”, quais “vidas exiladas” nos permitiria evidenciar como o sistema público está investindo seu “governo da população”. Admitir ou proporcionar tais endereçamentos é admitir a constatável violação de direitos já consensuais na ordem social nacional.

As noções de asilo e exílio

Um dos grandes pensadores sobre instituições e sobre loucura, Michel Foucault, escreve no livro “Microfísica do Poder” que, em fim do século XVIII e início do século XIX, o corpo foi o primeiro objeto de socialização através da sua força de produção ou força de trabalho. Deste modo, não podemos definir o controle dos corpos apenas por meio de uma operação ideológica ou pela consciência, mas antes disso pela forma biológica, corporal e somática. “O corpo é uma realidade biopolítica”, assegura Foucault (1979). O autor descreve, na ordem cronológica do nascimento da Medicina Social (século XVIII, até o século XIX), que primeiramente houve preocupação com a normatização/normalização da Medicina, com organização obsessiva e vigilante do espaço urbano. Anos depois, houve a preocupação com os acúmulos de doenças em espaços urbanos, sendo realizado o trabalho de controle de circulação de coisas ou elementos e o planejamento sanitário da cidade. Somente no terceiro e último período, na segunda metade do século XIX, a Medicina teve seu foco nos problemas do corpo como força produtiva, do corpo que trabalha e gera recursos. A historicidade do nascimento da Medicina Social e os modos de controle dos corpos são importantes sinalizadores de como a Medicina e a Saúde têm orientado suas práticas.

Sobre “O Nascimento do Hospital”, Foucault fala que, desde a Idade Média até o início do século XVIII, os hospitais gerais eram um espaço misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, onde se misturavam doentes, loucos, devassos e prostitutas, entre outros. Igualmente nesse período, os leprosos eram afastados da população urbana, sendo vigiados e monitorados, libertando os demais da ameaça de doenças, numa medicina puramente de exclusão. O filósofo explica que a transformação das instituições hospitalares se deu por meio do poder disciplinar, que é uma modalidade de gestão dos corpos aperfeiçoada a partir do século XVIII. Trata-se de uma perpétua e constante vigilância dos corpos capaz de localizá-los, medi-los e julgá-los. As principais mudanças estruturais nos hospitais foram a distribuição hospitalar na cidade, o poder centrado no médico e sua formação hospitalar e a capacidade de registro permanente dos usuários. “O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar”

(FOUCAULT, 1979, p. 64). Portanto, percebem-se tanto práticas excluídas vivenciadas até o século XVIII quanto a posterior disciplinarização dos corpos dentro do hospital como principais características do “nascimento” dessas “instituições”.

Com relação à historicidade dos hospitais psiquiátricos ou manicômios, Foucault escreve que, antes do século XVIII, não havia práticas de internamento da loucura, pois esta era vista como prática de erro ou ilusão. “As prescrições dadas pelos médicos eram de preferência a viagem, o repouso, o passeio, o retiro, o corte com o mundo vão e artificial da cidade” (FOUCAULT, 1979, p. 69). A partir do século XIX, a prática do internamento inicia concomitantemente com a percepção e julgamento da loucura como desordem no modo de agir, de tomar decisões, de sentir as paixões. O autor consegue mostrar, por meio de acontecimentos históricos, que justamente quando ocorre a crença radical na razão, os delírios e ilusões passam a ser ameaçadores dessa verdade e, portanto, considerados doentios, perigosos e alvo de exclusão. A justificativa pretendida e difundida para a necessidade do asilamento psiquiátrico é o de “permitir a descoberta da verdade da doença mental, afastar tudo aquilo que, no meio do doente, possa mascará-la, confundi-la, dar-lhe formas aberrantes, alimentá-la e também estimulá-la” (FOUCAULT, 1979, p. 69). O hospital psiquiátrico torna-se um espaço de diagnóstico e classificação da loucura, onde a verdade do saber médico constrói a doença e suas diversas formas de dominação e manifestação de sua verdade sobre a loucura. A instituição do manicômio faz emergir um local médico de confronto e disputa pelo poder psiquiátrico, de submissão do louco ou desviante, de vitória tanto do saber-poder disciplinar como do assujeitamento da subjetividade no exilamento da vida e exclusão da alteridade.

Na obra “Vigiar e Punir: Nascimento da Prisão”, Foucault relata a passagem de um sistema de punição corporal, da época das torturas assistidas e confinamento com perda de direitos e bens, até a punição dita da alma. Lembrando que, para Foucault, a alma não corresponde ao espiritual, religioso, mas instrumento de saberes e poderes sobre os corpos. Segundo o autor, o julgamento entra no campo do saber científico, onde a punição não se dá mais somente pela infração cometida, mas sobre os indivíduos, sobre o que são, serão ou possam ser. O filósofo reforça a ideia do “corpo político” como “conjunto dos elementos materiais e das técnicas

que servem de armas, de reforço, de vias de comunicação e de pontos de apoio para as relações de poder e de saber que investem os corpos humanos e os submetem fazendo deles objetos de saber” (FOUCAULT, 1987, p. 31-32). Estaríamos presos a um sistema de sujeição, em um sistema político cuidadosamente organizado e utilizado para o governo da vida, onde o corpo só é útil quando é produtivo e, ao mesmo tempo, omissivo.

Erving Goffman (2001) é um dos primeiros autores a fazer um trabalho mais minucioso sobre o funcionamento das instituições. Na obra “Manicômios, Prisões e Conventos”, retrata caracteristicamente as “instituições totais”. São chamados assim por ele os espaços que embarreiraram a possibilidade da pessoa contatar o mundo externo, em uma vida fechada e formalmente administrada. Esses locais muitas vezes incluem proteções físicas como paredes altas, muros, fossos etc. Goffman relata suas experiências e percepções etnológicas, e o quanto isso interfere na formação do eu do indivíduo (seu assujeitamento). Sobre o novato ou o ingressante nesse tipo de instituição, o autor fala que “na linguagem exata de algumas de nossas mais antigas instituições totais, começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado” (GOFFMAN, 2001, p. 24). Da mesma forma que a permanência por muito tempo do interno modifica sua cultura, sua volta para o fora da instituição o torna temporariamente incapaz de retomar ou seguir aspectos da anterior ou atual vida diária. Goffman chama essa circunstância de “desculturamento”.

Franco Basaglia, quando organizou o livro “A Instituição Negada”, em 1985, relatou o funcionamento e a tentativa da reestruturação arquitetônica e de cuidado de um hospital psiquiátrico em Gorizia, na Itália, do qual foi diretor. Pela primeira vez o poder psiquiátrico é posto em xeque, de modo que a transformação daquele espaço não era o suficiente, mas uma mudança na concepção social e da Psiquiatria. Permite compreender os doentes mentais como vítimas de um sistema social violento e excludente. Para o autor, o diagnóstico dado como irreversível é o símbolo da passividade do doente. Na mesma linha, ele sustenta que a Psiquiatria está tomando para si o próprio papel de objeto da violência do poder quando não dá sequer opção para o doente mental. “Nesse sentido nossa ação atual só pode ser uma negação que, tendo surgido de um distúrbio institucional

e científico, conduz ao rechaço do ato terapêutico que pretende resolver conflitos sociais adaptando a eles a vítima” (BASAGLIA, 1985, p. 110). O autor questiona que ou a Psiquiatria segue com as concessões do poder e da violência social ou nega-se a instituição manicomial e as práticas violentas, enfrentando o problema verdadeiramente, em busca da liberdade e da autonomia para o doente mental.

Franco Rotelli (1988), justamente, virá argumentar que a grande instituição a ser discutida não é o manicômio, mas a loucura. Para o autor, não faz sentido separar os anos do manicômio total das instituições psiquiátricas atuais, pois a essência da Psiquiatria não mudou. É óbvio que a proibição da institucionalização em manicômios na Itália, assim como no Brasil, foram um avanço, entretanto, para Rotelli, a instituição a ser negada são “o conjunto de aparatos científicos, legislativos, administrativos, de códigos de referência cultural e de relações de poder estruturados em torno de um objeto bem preciso: a doença”. Para ele, o objeto da Psiquiatria continua sendo a periculosidade e a doença, e não a preocupação da existência e do sofrimento das pessoas no corpo social. Rotelli nos fala que o novo projeto de desinstitucionalização deveria ser pensado a partir da complexidade que tudo isso envolve, e que as antigas instituições tinham simplificado. Portanto, as atuais e futuras instituições têm que ser pensadas com todas estas questões complexas. De modo contrário, se mudam as instituições e não se mudam os objetos. Rotelli cria o termo “instituição inventada” para pensar o novo modo pelo qual a instituição deve seguir, fugindo do olhar clínico da doença e seguindo pelo caminho do olhar inventivo e singular da pessoa e da produção de vida. O asilamento exila precisamente essa potência de ressingularização permanente das pessoas e da vida.

Félix Guattari (1992) trabalha a noção de subjetividade e de clínica como produção social e produção desejanter. Ao colocar o desejo em uma referência imanente, o desejo não significa mais um ponto de partida original, mas agenciamento, são as relações e experimentações que movimentam uma relação desejanter. Neste sentido, não há como pensar o diagnóstico ou a terapêutica em separado das conexões reais do mundo exterior. Em sua formulação, desaparece a noção de identidade, entrando a noção de devir e singularização, assim como os múltiplos modos de existir. A clínica se conecta com a criação da vida em suas múltiplas manifestações, clínica liberta de referentes universais, invariantes e modeladores, posto

que invenção e experimentação permanentes. Há uma ética em sua proposta que torna política a intervenção socio sanitária, ou seja, todo cenário de práticas e toda ação-intervenção implica problematização de valores, sentidos fixos e universais, como também possibilidade de conexão com as práticas de si e de mundo como resistência, invenção e criação. Em hipótese alguma o asilamento favoreceria agenciamentos coletivos de liberdade e autonomia, assim o exilamento da potência de ressingularização aniquilaria o poder da diversidade na composição do múltiplo.

Responsabilidade de quem? O que dizem as Políticas Públicas?

É indispensável pensar na legislação e regulamentações, pois são elas que devem confiar ao cidadão os seus direitos. A Constituição Federal do Brasil (BRASIL, 1988), também conhecida como a “Constituição Cidadã”, é clara quanto aos seus princípios fundamentais. No seu Art. 3º, determina “uma sociedade livre, justa e solidária”, que “busca promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. A Constituição igualmente discorre sobre os “Direitos e Deveres Individuais e Coletivos”. No Art. 5º são afirmados os direitos do cidadão “à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade”. Nos mesmos termos, “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante” e ainda “são invioláveis a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas, assegurando o direito de indenização pelo dano material ou moral decorrente de sua violação”.

Quanto às competências comuns entre União, Estados e Municípios, a Constituição Federal (BRASIL, 1988) prescreve no Art. 25 que se deve garantir previdência social, proteção socioassistencial e defesa da saúde (seguridade social) e “proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência”. Portanto, dividem-se responsabilidades entre os entes federados quando o assunto é proteger e defender a saúde da população, além da integração social de portadores de necessidades especiais. Quando falamos da má qualidade de serviços, propaganda enganosa, violação de direitos em serviços privados, existe outra legislação competente. Essa é

a Lei Federal nº 8.078/90 (Código do Consumidor, BRASIL, 1990), que discorre sobre os direitos do consumidor e afirma, no Art. 6º, que são direitos básicos “a proteção da vida, a saúde e a segurança contra riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos”. O Art. 4º diz que “o fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações”. É também considerada prática abusiva, segundo o Art. 39, “prevaler-se da fraqueza ou ignorância do consumidor, tendo em vista a sua idade, saúde, conhecimento ou condição social, para impingir-lhe seus produtos ou serviços”, portanto, a infração cometida em diversas situações dentro dos asilos “minicomiais” encontram amparo legal para sua rejeição e para a punição dos infratores, colocando – como questão – a sua emergência e vigência.

Com relação à legislação específica sobre saúde, o Sistema Único de Saúde (Lei Federal nº 8.080/90, Art. 2º, BRASIL, 1990) garante esse direito constitucional pelo Estado, ao mesmo tempo em que refere que “o dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade”. O SUS garante, em seus princípios e diretrizes (Art. 7º), a universalidade, a integralidade e a preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral, ou seja, assegura o acesso à saúde para todos, de forma integral e dando prioridade às pessoas que estão em situação mais vulnerável. O sistema também é livre à iniciativa privada (Art. 21), mas de forma regulada ou fiscalizada. O setor público pode contratar os serviços privados “de forma complementar” (Art. 24). A lei também discorre, no Art. 15, sobre as atribuições comuns da União, Estados, Distrito Federal e Municípios na “elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública”. Esse ponto é extremamente importante quando verificamos que não há suficiente regulamentação que determine o modo de funcionar dos serviços privados para pessoas com necessidades especiais de âmbito psicossocial. Uma regulamentação específica favoreceria o enquadramento legal em casos de desacordo, além de servir de base para que futuras instituições possam ou não ser abertas.

A Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Federal nº 8.742/1993, BRASIL, 1993) cria o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), liga-

do ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). A Lei objetiva, dentre os itens do Art. 1º, “a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice”, além da garantia de um salário mínimo para o idoso e à pessoa com deficiência que não tenha como se prover, o chamado benefício de prestação continuada (BPC). O documento cria, no Art. 6º, dois dispositivos, o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), que é municipal e de base territorial, a fim de articular os serviços socioassistenciais locais, e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), de abrangência municipal, estadual ou regional, destinado às situações de maiores riscos ou violação de direitos humanos que demandem intervenções especializadas. Esses serviços deveriam servir de referência municipal em casos de violação de direitos e de vulnerabilidade social.

Entre os dispositivos públicos criados para moradia no âmbito da assistência social, estão os Residenciais Inclusivos, criados na Resolução nº 6, 13 de março de 2013, do MDS, que se destinam a jovens e adultos com deficiência em situação de dependência. De acordo com o Art. 2º, eles serão prioritários para quem recebe BPC ou que esteja institucionalizado em serviços em desacordo com os padrões tipificados. As casas são para até 10 moradores e contam com o financiamento federal do MDS para os municípios interessados em aderir, desde que tenham acima de 50 mil habitantes. Outro dispositivo fundamental da rede são os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), criados pelas Portarias nº 106/2000 e nº 3.090/2011, do Ministério da Saúde. Eles foram criados para acolher usuários com transtornos mentais egressos de internações psiquiátricas e hospitais de custódia. As Portarias preveem o SRT na modalidade 1 (para até 8 pessoas com maior autonomia em processos de desinstitucionalização) e na modalidade 2 (para até 10 pessoas que tenham baixa autonomia e transtorno mental mais acentuado). O serviço é financiado pela União e conta com cofinanciamento estadual no Rio Grande do Sul.

Para o atendimento do idoso, a Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989, do MS, instituiu o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. O documento explica como devem funcionar a clínica, sua infraestrutura, as condições sanitárias etc. A Resolução nº 283, de 26 de setembro de 2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), também regula as

instituições de longa permanência para idosos (ILPI).

Encontramos Residenciais Inclusivos, Serviços Residenciais Terapêuticos, Clínicas Geriátricas, Instituições de Longa Permanência para Idosos e Casas de Repouso, modalidades previstas e imprevistas, modalidades regulares e irregulares, público especificamente designado e público “arranjado”. Casas inclusivas? Terapêuticas? Minicômios? Pode-se dizer que a população idosa é a única coberta por uma regulação ou uma legislação vigente em casos de serviços privados de cuidado (cuidado?). Dentre ofertas e público, o que a realidade tem nos mostrado? Acolhimento ou recolhimento (asilamento)? Conforto ou exílio? Reconhecimento de direitos ou exclusão incluída? Inclusão, terapêutica, clínica e repouso ou minicômios?

Vidas ocultas, vidas em potência: segregação e exilamento

O asilamento na cidade de Cachoeira do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, ganhou a imprensa local e regional, não por se tratar de uma situação pontual, mas por haver um grande número de casas nessa situação espalhadas pelo país. Cachoeira do Sul se localiza no centro do Estado, a 196 km da capital, Porto Alegre. O município possuía, em 2010, 86.557 habitantes, segundo a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Seu reconhecimento nacional advém da agricultura, um dos seus pontos fortes na economia, sediando a Festa Nacional do Arroz (Fenarroz).

Ao final de 2011, o Ministério Público realizou um levantamento em 22 instituições de longa permanência no município em situação irregular, e foram constatadas estruturas precárias, superlotadas, sem condições de higiene e sem o mínimo de cuidados à qualidade de vida em populações sob assistência socio sanitária. Os cidadãos se encontravam “largados”, sem direitos primários como atenção básica à saúde, moradia digna, alimentação, lazer, vestuário, privacidade, liberdade, entre outros. Nesse levantamento inicial, foram encontradas 650 pessoas, dentre as quais idosos, pessoas em sofrimento mental, pessoas com histórico de uso problemático de álcool e outras drogas, câncer, pessoas com quadros clínicos diversificados e alguns moradores sem quaisquer questões clínicas. Muitos desses usuários eram egressos de instituições de caráter manicomial como o

Instituto Psiquiátrico Forense – IPF (manicômio judiciário, do início dos anos 1920), o Hospital Psiquiátrico São Pedro – HPSP (um dos mais antigos hospícios do país, inaugurado pela Princesa Isabel no início dos anos 1880) e o Hospital Espírita de Porto Alegre – HEPA (sanatório filantrópico que começa sua história em 1912 e é inaugurado à época do manicômio judiciário), entre outros. Além disso, havia encaminhamentos de dispositivos da Atenção Básica, da Assistência Social, de hospitais gerais e de hospitais especializados (nesses últimos, ausente a história prévia de manicomialização).

A maioria das casas não se enquadrava em nenhum serviço público da Saúde ou da Assistência Social. Com isso, também não possuíam alvará para funcionamento, além de não apresentarem condições adequadas de infraestrutura para a moradia desses usuários. As casas teriam entrado em funcionamento sob diversos nomes, como Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Casas de Repouso para Idosos e Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), entre outros. Esses nomes, que são de dispositivos públicos, têm regulamentos próprios, regras para funcionamento e embasamento legal obrigatório, o que não se verifica em cumprimento ou vigência em tais “casas”.

Em 2014, a Secretaria Estadual da Saúde e o Departamento de Assistência Social do Rio Grande do Sul, juntamente com o Ministério Público e a Rede de Atenção à Saúde (RAS) de Cachoeira do Sul, iniciaram um trabalho mais intenso e conjunto para responder às denúncias e aos ditames das políticas públicas ou das legislações e das regulamentações respectivamente infringidas. Devido ao grande número de casas, a ação inicial incidiu diretamente sobre duas, a Lar de Maria e a Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. Foi realizado nessas casas o censo clínico e psicossocial a fim de conhecer a população institucionalizada e propor um Projeto Terapêutico Singular (PTS) inicial que mais se adequasse a cada morador. Para a Política Nacional de Humanização, “o PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário” (BRASIL, 2008). A estratégia foi pensada tentando envolver os municípios de proveniência desses usuários para realizar a aplicação do censo.

A ideia era corresponsabilizar esses locais e desinstitucionalizar esses

usuários, levando-os de volta para a sua região de origem, para próximo de suas famílias e/ou laços sociais. Diversas instâncias municipais começaram a ser envolvidas no processo, como as Secretarias Municipais de Saúde, Secretarias Municipais de Assistência Social, Secretarias de Direitos Humanos, Conselhos de Saúde e o MP das localidades. Pelo levantamento, são 23 municípios diferentes que “destinam” usuários às casas asilares de Cachoeira do Sul. A ação em Cachoeira do Sul deverá continuar por bastante tempo, pois se trata de uma questão socialmente grave e que revela uma rede ineficiente para “re-desinstitucionalizar” e, efetivamente, absorver o grande número de pessoas em necessidades especiais de atenção socio sanitária. Esse texto visa, acima de tudo, “pensar” quais e por quê as vidas exiladas nesse tipo de institucionalização, não exclusiva do município de Cachoeira do Sul, uma vez que houve situação de denúncia semelhante nas cidades de Campo Bom e Viamão, além de outros estados, como é o caso de São Paulo.

Destaca-se a importância de pensar por que esse tipo de situação ocorre, do ponto de vista cultural, social e histórico, assim como da gestão pública e da fragilidade das diversas redes que deveriam garantir os direitos básicos do cidadão. Peter Pál Pelbart (2002) retrata os novos tempos, marcados pela grande velocidade do fluxo de informações, de imagens, de bens e de pessoas, movido a partir dos interesses do capital. Nesse fluxo, vão se tecendo redes cada vez mais desligadas de valores e tradições comunitárias ou de trabalho, cada vez mais mediadas por pedágios comerciais, inacessíveis a determinados segmentos da população. O *outro* modo do viver desses cidadãos os expõe à institucionalização. Partindo dessa concepção da subjetividade e da vida, como imaginar uma forma de reinserção social? Para Pelbart, a pergunta seria: “que possibilidades restam, nessa conjunção de plugagem global e exclusão maciça, de produzir territórios existenciais alternativos àqueles ofertados ou mediados pelo capital?” (PELBART, 2002, p. 36). Ainda refere a necessidade de perceber outros territórios existenciais, novos modos de subjetivação e de enunciação coletiva que escapem aos parâmetros consensuais, assim como a possibilidade de criar laços e tecer territórios existenciais para ir no contra fluxo da violenta manipulação da esfera subjetiva e da serialização e reterritorializações propostas a cada minuto pela economia material e imaterial. Talvez esteja aí um dos principais desafios às alternativas palpáveis da

convivência, do viver juntos e do contato com a alteridade, não a exclusão ou o exílio das vidas “do fora” em lugares de asilamento.

A instituição asilar para exilar vidas pertence aos processos históricos da institucionalização, incluída a segregação e a estigmatização. Conforme Simone Paulon, “as instituições emanam (...) um complexo poder-saber, integrando diferentes estratos (enunciados e visibilidades) e capturando variadas estratégias de poder” (PAULON, 2006, p. 124). Para a autora, não há sujeito sem instituição e nem institucionalidade pensada alheia à produção de sujeitos, isto porque a instituição faz parte da constituição subjetiva do sujeito ou do assujeitamento. Guattari (1992) diz que a institucionalização faz parte da produção de sujeitos, não só daqueles segregados ou estigmatizados, mas de todos aqueles em exclusão da alteridade ou da heterogênese que são remetidos a uma diferença identitária e moral. A autora se reporta a Gilles Deleuze para comentar a velocidade com que nos esquecemos de velhos poderes que não se exercem mais, ou de velhos saberes que não são mais úteis, mas que em termos de moral ou de identidade não deixamos de nos produzirmos como “sujeitos”, mesmo que os velhos modos sequer correspondam aos problemas experimentados no contemporâneo.

Vivemos, pois, pregados na reprodução da moral, aquela que nos faz crer sempre nas mesmas coisas, nas mesmas instituições. É fácil concordar com a derrubada dos muros do manicômio, mas é difícil derrubar os muros inconscientes da moral e das crenças identitárias. As mesmas práticas do hospital psiquiátrico ressurgem para “novos loucos”. Mesmo após as reformas psiquiátricas havidas no mundo, há quem defenda o aprisionamento como única alternativa para diversos tipos de transtorno ou sofrimento psíquico, não porque não lhes preocupe oportunizar outras maneiras de existir na vida, mas porque o velho manicômio sequer saiu de propósito em sua perspectiva assistencial.

Já o aspecto da gestão pública e da fragilidade da rede tem uma ligação muito forte com os movimentos sociais e as lutas por direitos. Houve alterações profundas nas políticas a partir dos movimentos sociais ocorridos a partir da década de 1970 e a efetivação a partir das legislações nas décadas de 1980 e 1990, como a Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/90), a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Federal nº 8.742/1993) e a Lei da Reforma Psiquiátrica (Lei Federal nº 10.216/2001, BRASIL, 2001). No

entanto, uma mudança de prática é muito lenta e gradual, envolve uma *reforma geral na subjetividade*, uma *educação rizomática da vida* (CEC-CIM, 2007, p. 11) não apenas a regulamentação de direitos. Todas essas leis possuem um caráter inclusivo, que respeitam a liberdade e os direitos humanos, de acordo com aquilo que preconiza a Constituição Federal de 1988. Contudo, o que se nota ainda, são redes frágeis em grande parte dos municípios e encaminhamento de usuários sem responsabilização com a resolutividade, integralidade e satisfação na atenção com a saúde. Talvez esse seja um dos grandes desafios do SUS, a estruturação de uma rede integrada e resolutiva, capaz de fazer frente aos modelos biomédico e biotecnológico que impregnam imaginários profissionais e de serviço em saúde.

Para Eugênio Vilaça Mendes (2010), esse sistema é fragmentado e organizado em pontos que não se comunicam entre si, e que não conseguem prestar atenção contínua à população. Nesse sistema, a atenção básica não consegue organizar o cuidado, não tendo comunicação fluida com a atenção especializada, ambas sem comunicação fluente com a atenção nos serviços de mais alta densidade tecnológica. Jairnilson Paim; Carmem Teixeira (2007) falam que são inúmeros os exemplos de descontinuidades administrativas e retrocessos na gestão do SUS em governos estaduais e municipais, e que seria indispensável construir formatos institucionais para diminuir a vulnerabilidade do sistema face às mudanças político-partidárias, assim como garantir a eficiência da gestão. Para os autores, os defensores do SUS e idealizadores da Reforma Sanitária também deveriam discutir alternativas de gestão que são amplamente atravessadas por questões econômicas e burocráticas do próprio Estado. Sob o aspecto político e administrativo, são ainda grandes os desafios do Sistema Único de Saúde. Um dos exemplos importantes no contexto atual na expansão de dispositivos da rede de atenção à saúde é a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Criada a partir da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000 (BRASIL, 2000), ela estabelece maior equilíbrio financeiro às contas públicas, restringindo a possibilidade de fazer algumas operações que resultem em aumento de dívidas. Isso impossibilita, por exemplo, o provimento de cargos em concursos públicos e a contratação de profissionais para implantar ou expandir equipes e redes. Essa lei é apenas um dos pontos, conforme os autores, que poderiam ser discutidos em prol da melhoria da Rede de Atenção à Saúde.

Pensar nos usuários asilados e nos muitos outros cidadãos para quem

a atenção socio sanitária está fragmentada e limitada é um exercício de (re) pensar tudo que está posto no ordenamento do sistema de saúde, mas também no acesso aos direitos à saúde e à assistência social e nos valores que instituem o cuidado com a vida e os processos de (re) singularização. Seria o caso de retomar em radicalidade o sistema que acreditamos, re-discutir o que já foi estruturado e tentar alternativas que ainda não foram pensadas. Seria o caso de planejar um sistema público de retaguarda para o abrigo e acolhimento dessas vidas em meio às possibilidades de direito à autonomia, a invenção de “comunidades” de afeto e relações, rever os dispositivos privados socio sanitários, sempre passíveis do interesse predominantemente econômico lucrativo e, portanto, de desinteresse nas melhores formas de cuidado e promoção da qualidade de vida e trabalhar pela dessegregação geral de todas as vidas “desviantes”.

Protegidos ou excluídos? Quem são os moradores em casas asilares

Em julho de 2015, foi realizado um relatório de todas as ações realizadas pela Secretaria Estadual da Saúde, chamado de Relatório Intersetorial do Processo de Intervenção nas Casas Asilares Nossa Senhora do Perpétuo Socorro e Lar de Maria, no município de Cachoeira do Sul. Segundo o relatório, a opção pela utilização do censo clínico e psicossocial foi por ser um instrumento utilizado em outras intervenções semelhantes no País. Como exemplos, tivemos a intervenção conjunta da SES/RJ e MS no ano de 2010 e a ação no Hospital Estadual Teixeira Brandão em Carmo/RJ em 2001. A utilização desse instrumento teve como objetivo “obter informações atualizadas sobre a situação de saúde dos moradores, suas condições de dependência e autonomia, sua história de vida, sua rede de apoio social e afetiva, bem como sobre o cotidiano das instituições” (SES, 2015).

Foram realizados 39 censos no Lar de Maria (num total de 40 pessoas) e 68 na Nossa Senhora do Perpétuo Socorro (num total de 89 moradores). Eles foram aplicados por trabalhadores da Secretaria Estadual da Saúde, trabalhadores de saúde do município de Cachoeira do Sul e trabalhadores do Ministério da Saúde. De maneira representativa, escolheu-se a breve história de 3 habitantes de uma mesma casa em Cachoeira do Sul

para sinalizar o perfil desses cidadãos, cada um proveniente de um dos 3 manicômios citados ao início deste texto: IPF, HPSP e HEPA. As histórias constituem relatos ao censo psicossocial para encontrar laços ao projeto terapêutico singular e socioassistencial.

Encaminhado para a casa pelo IPF: chegou à instituição encaminhado pelo IPF, onde relata ter ficado por 7 anos. Verificou-se em sua carteira de trabalho que possuiu vários empregos. O primeiro foi em 1979 como operário rural. Os demais foram sempre na área da construção civil como servente, nos municípios de Porto Alegre e Viamão. Seu vínculo de trabalho mais recente encerrou em 1995. Possui dez irmãos. Conta que durante o tempo em que esteve internado no IPF nunca recebeu visitas da família, o mesmo ocorre na instituição atual. Não costuma circular fora da instituição. Nos registros do IPF, consta que fugiu da instituição no primeiro ano de internação e retornou sozinho voluntariamente. Após este retorno, não se envolveu mais em brigas e não fez mais uso de álcool e outras drogas, porém passou a isolar-se dos demais internos. Segundo o prontuário do IPF, passou a trabalhar na lavanderia, participava de grupos sem interagir com os demais participantes, apenas respondendo ao que lhe era perguntado, mantinha-se isolado frequentemente. Em 2004, entrou em alta progressiva, mas saía pouco porque a família não quis recebê-lo. Em 2007, a cunhada entrou em contato, referindo que a família tinha medo de aproximação. Em 2008, foi concedida a desinternação condicional e foi encaminhado para a *casa* (“de repouso”). Recebeu alvará de soltura do IPF nesse ano. Relata que atualmente gosta de fumar, tomar chimarrão e olhar TV e que, quando estava fora da instituição, gostava de frequentar jogos de futebol de times amadores. Também gosta do campo, de plantar e colher. Observou-se que traz sempre junto ao corpo uma sacola plástica com seus pertences: fumo e papel. Refere sentir dor na barriga há alguns dias e que está com um pouco de tosse, nunca consultou um médico desde que está na *casa*. Relata alucinações auditivas, que “escuta dez vozes” quando fica em silêncio. Diz que sabe que são “da sua cabeça” e que toma Haldol por causa disso. Negou que sejam vozes de comando. Visivelmente desanimado, não conseguindo expressar nenhum desejo. Segundo o prontuário do IPF, tem histórico de uso de álcool (duas garrafas de cachaça por dia). Conta que não tem família e nem amigos, que não tem para onde ir, mas que se tivesse, gostaria de sair da instituição. Menciona a cidade de Gravataí como um lugar aonde teria interesse de morar.

Esteve internado no Hospital Psiquiátrico São Pedro: conta que mo-

rou em São Borja até os 30 anos de idade e que já esteve internado no *São Pedro* por dois meses. Conta que foi perseguido por traficantes quando fazia uso de maconha. Estava na casa da tia, de 90 anos, em Cachoeira do Sul, quando foi encaminhado pelo pai para a *casa*, porque “dava trabalho”. Contou que um primo leva dinheiro (que seu pai deposita)¹ quando vai visitá-lo semanalmente. Conta que compra refrigerante, lanches e cigarros com esse dinheiro. O pai e o irmão o visitam eventualmente. Diz que, quando sai, não se afasta da *casa*. Gosta de ouvir música, fumar e tomar chimarrão. Diz que “não é muito comunicativo”, que “prefere ficar no seu canto”. Conta que não tem carne nas refeições, não tem frutas e que não gosta dos lanches. Diz que na *casa* “é tipo uma cadeia”, que ali “tudo é bem precário”, que se sente “muito abandonado” e que não tem “mais motivação para nada”. Lida com dinheiro e faz compras. Relata que moraria em Porto Alegre, pois é “onde tem vínculo”. Percebe-se como incapaz de morar sozinho em razão de sua condição clínica e psíquica, embora se apresente bem física e cognitivamente.

Passou pelo HEPA: entrou pela primeira vez na instituição em 2006, conta que passou pelo Hospital Psiquiátrico Espírita, mas não lembra quando. Possui ensino fundamental incompleto, não relata ocupação laboral, é solteiro, não parece contar com familiares ou amigos. Está na instituição há 9 anos e não possui moradia fora. Gosta de plantar verduras e legumes, não sai externamente. Não vai à Unidade Básica de Saúde, recebe medicamentos na *casa*. O último relato de enfermagem é de um ano atrás, com o nome e registro profissional do cuidador ilegíveis. Relata boa alimentação (arroz e feijão), que está em quarto coletivo e que um senhor recebe seu benefício, assim como está com a sua documentação (RG e cartão SUS). Conta que ajuda na limpeza, assim pode, depois, fumar. Cidadão calmo, coerente e lúcido. Relata que gostaria de voltar para sua casa, mas não gostaria de morar na rua. Possui um tio e um primo que o visitam algumas vezes. Tem autonomia para andar, alimentar-se, vestir-se e para a higiene pessoal.

1 O valor corresponde a 10% do salário mínimo regional.

Corpos institucionalizados e potência de vida

Há, no mínimo, dois territórios distintos e, ao mesmo tempo, complementares na busca de alternativas. O primeiro território compreende a busca, dentro do campo formal das políticas públicas e da legislação, da identificação dos direitos humanos violados (asilamento irregular). A partir do existir no “minicômio”, é preciso constituir o reconhecimento da violação de direitos e sua superação como novo patamar de cidadania. Já o segundo território busca compreender, segundo a noção de dispositivo disciplinar, a imposição de modos de convívio social, modelização da subjetividade e limitação da potência afirmativa de vida (exilamento da vida), recaindo sobre a coletividade humana e na educação em saúde coletiva dirigida às populações.

Por ser um instrumento reconhecido, o censo clínico e psicossocial, já utilizado em intervenções de saúde e acatado pelo Ministério Público, dispensa a necessidade de uma pesquisa original, ensejando a intervenção técnica de âmbito setorial da Saúde. Ele traz consigo um misto de informações contidas em prontuários, obtidas na relação entrevistado-entrevistador e a percepção dos profissionais de saúde e relatos dos próprios moradores/asilados. Já um inventário analítico do censo clínico e psicossocial, a partir da leitura dos documentos aplicados, pode ser a pesquisa necessária. Esse recurso serviria para categorizar os censos com dados a fim de conhecer melhor a população encarcerada nos asilos. Dentre os dados, a proporção de gêneros, faixa etária, encaminhamentos judiciais, seu diagnóstico ou sua nomeação clínica, município de proveniência etc.

Segundo Costa; Bernardes (2012), a produção de saúde é algo que engloba o espectro social da saúde, juntamente com a alteridade. “A produção de saúde, muito mais do que um domínio da ciência, é da ordem da afirmação da vida” (p. 834). Os autores falam que a afirmação de vida e saúde necessariamente só pode ser pensada do âmbito da alteridade. A vida como condição de possibilidade de ações torna-se um conceito potência; melhor dito, a potência reside na condição para a ação, ao mesmo tempo em que a vida se torna o critério de avaliação da ação – critério de avaliação como força de afirmação (COSTA; BERNARDES, 1998, p. 832).

As formulações de Foucault são importantes facilitadores na compreensão sobre a contemporaneidade, principalmente com relação à

conceituação do poder sobre a vida (biopoder), e seus desdobramentos e resistências (biopolítica). Além disso, sua perspectiva sobre a governamentalidade também auxilia na compreensão das necessárias mudanças paradigmáticas e de governo da sociedade. O filósofo também contribui quando, em um dos seus cursos estruturado na obra “Os Anormais”, traz a perspectiva das populações que sofreram criminalização judicial como alvo da intervenção da saúde. Esse público foi denominado por ele como o “monstro humano”, o “indivíduo a ser corrigido” e a “criança masturbadora”. Trazendo para o contexto atual, a figura dos anormais ainda permanece presente, mas as populações-alvo se modificaram, outros monstros, desviantes e onanistas continuam sofrendo com preconceito e presentes nas pautas judiciais, sanitárias e socioassistenciais contidos, segregados, medicados, presos, internados ou asilados, por serem considerados perigosos, de risco, descontrolados, doentios, adoentados ou vulneráveis. Nesse grupo podemos identificar as pessoas que fazem uso de drogas ilícitas, de forma problemática ou não, a população de rua, os favelados, a “comunidade” LGBTTTT (lésbicas, gays, travestis, transgêneros e transexuais), entre outros classificados na “diversidade” humana, como se houvesse uma saúde/perfeição “e” uma anomalia/desvio. Essa discussão nos ajuda a problematizar situações como a do exilamento e a do asilamento, por serem populações vulneráveis a condições de exclusão social e, portanto, de exclusão da rede de relações vivas de alteridade.

Agamben (2002) chamará às práticas de direitos humanos e saúde no contemporâneo de “exclusão incluída”, seriam pessoas de exceção, a quem se dirige uma nova biopolítica, a do direito e garantia de sobreviver, mas não de viver ou vivificar a existência, tanto própria, como coletiva, pela introdução da diversidade na reconfiguração da humanidade e das humanidades em recriação. Em lugar de suas bio-“potências”, a sua construção em modelos de sobrevivência. Segundo Agamben (2002), uma vida exposta à morte, incluindo-se na ordem jurídica unicamente para ser preservada, ainda que sob a forma de sua exclusão, “pois constitui a figura jurídica daquele que pode ser morto por qualquer um, desde que tal morte não seja o resultado de um ritual ou processo jurídico” (p. 112). O autor usa a expressão *homo sacer* (vida nua ou vida sacra) para indicar uma “vida absolutamente exposta a que se lhe dê a morte, objeto de uma violência que excede tanto a esfera do direito como a do sacrifício”.

Friedrich Nietzsche (1987), um dos principais inspiradores do pensamento de Foucault e, conseqüentemente, da perspectiva de pensamento operada na escrita e no olhar aqui empreendidos, falava em “vontade de potência”, noção com grande importância para o conceito de afirmação da vida. A vontade, nos estudos em Nietzsche, é algo dado na relação e que não está fora do mundo. Ela compõe uma infinidade de movimentos constantes, onde não há equilíbrio possível. A potência se afirma na vontade quando diz “sim” ao devir. O conceito de devir é maior que o conceito de diversidade, toda diversidade contempla um devir, mas o devir não aceita assujeitamento, será sempre a linha de força da ruptura de identidades e dos poderes. O homem não pode e não quer apenas viver ou adaptar-se ao meio em que vive como nas formulações darwinianas, mas expandir-se, dominar, criar valores, dar sentidos próprios. Vontade de potência é a própria vida, seja orgânica ou não, a vida que se expande, que se movimenta, que domina, que quer sempre mais e que “não encontra o repouso”. Nietzsche escreve em “Assim Falava Zaratustra”: “não é o rio o vosso perigo e o fim do vosso bem e do vosso mal, sapientíssimos, mas essa mesma vontade, a vontade de poder, a vontade vital, inesgotável e criadora” (NIETZSCHE, 2002, p. 177).

A vontade de vida e a vontade de potência assinaladas pelo filósofo como inesgotável e criadora é o que se retira da população asilada em “casas de repouso”, as suas principais virtudes e suas características de vida. Proporcionar apenas as retrações, as frustrações, a não vida pela condição de asilamento seria ir contra a veracidade de uma vida em potência e que aspira por outros modos de viver. Exila-se a vida, enquanto asila-se aqueles que não se quer ver.

A situação do asilamento incidente sobre indivíduos porque idosos, deficientes físicos ou mentais, com história manicomial, em sofrimento psíquico e pessoas com uso problemático de álcool e outras drogas expõe a “exclusão social consentida” desses cidadãos e a sua institucionalização com caráter manicomial, mesmo que em menor proporção, relembrando os tempos anteriores à Reforma Psiquiátrica. Verifica-se um processo de naturalização do asilamento, portanto, localizar a potência e a afirmação da vida nesses espaços pode ser a ponta de um fio da meada para descosturar diversas possibilidades do exilamento de vidas, restando a compreensão de que estão vigentes formas anacrônicas de segregação em meio ao contemporâneo.

Referências

- AGAMBEN, G. **“Homo Sacer”**: o poder soberano e a vida nua. Belo Horizonte: UFMG, 2002.
- ANDRADE, J. M. P. **Além dos manicômios** - 18 de maio / Dia Nacional de Luta Antimanicomial, 2015. Disponível em: <http://infoativodefnet.blogspot.com.br/2011/05/alem-dos-manicomios-18-de-maio-dia.html>. Acesso em: Mai 10 2015.
- BASAGLIA, F.A **instituição negada**: relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm.
- BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm.
- BRASIL. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm
- BRASIL. **Lei Federal nº 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm
- BRASIL. **Lei Nº 8.078, de 11 De Setembro de 1990**. Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8078.htm.
- 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. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm
- BRASIL. **Lei Nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8742.htm
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRASIL. **Portaria nº 810/GM/MS, de 22 de setembro de 1989**. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1d0c748047458d179617d63fbc4c673/portaria+n%20%b0+810-1989.pdf?mod=ajperes>
- BRASIL. **Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000**. Institui os Serviços Residenciais Terapêuticos. Disponível em: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/27_Portaria_106_de_11_02_2000.pdf
- BRASIL. **Portaria nº 3.090, de 23 de dezembro de 2011**. Altera a Portaria nº 106/GM/MS, de 11 de fevereiro de 2000, e dispõe, no âmbito da Rede de Atenção Psicossocial, sobre o repasse de recursos de incentivo de custeio e custeio mensal para implantação e/ou implementação e funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT). Disponível em: http://bvms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3090_23_12_2011_rep.html

BRASIL. **Resolução nº 283, de 26 de setembro de 2005.** Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial, na forma do Anexo desta Resolução. Disponível em: http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/2/docs/resolucao_283_idosos.pdf

BRASIL. **Resolução nº 6, 13 de março de 2013.** Aprova a expansão qualificada de Serviços de Acolhimento Institucional para Jovens e Adultos com Deficiência, em situação de dependência, em Residências Inclusivas. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/mural/cnas-2013-006-13.03.2013/residencias-inclusivas.pdf/view>

CECCIM, R. B. Prefácio - Reforma Geral da Subjetividade: por uma educação rizomática da saúde mental. In: FONSECA, T. M. G. **Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação.** Porto Alegre: Sulina, 2007. p. 11-17.

COSTA, M. L.; BERNARDES, A. G. Produção de saúde como afirmação de vida. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 4, p. 822-835, 2012.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder.* Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão.* Petrópolis: Vozes, 1987.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2001.

GUATTARI, F. **Caosmose: um novo paradigma estético.** São Paulo: Ed. 34, 1992.

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

NIETZSCHE, F. W. *Assim falava Zaratustra.* Versão para ebooks. Fonte Digital, Digitalização da versão em papel. 2012 Acesso em: Jun 10 2015. <http://www.ebooksbrasil.org/eLibris/zara.html> (Original publicado em 1883).

NIETZSCHE, F. W. **Genealogia da Moral: uma polêmica.** São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, suppl. 1, s1819-s1829, 2007.

PAULON, S. M. **A desinstitucionalização como transvalorização: apontamentos para uma terapêutica ao niilismo.** Barcelona: Athenea Digital, 2006.

PELBART, P. P. Poder sobre a vida, potência da vida. **Lugar comum - estudos de mídia, cultura e democracia**, v. 17, p. 33-43, 2002.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria Estadual da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. **Relatório Intersetorial do Processo de Intervenção nas Casas Asilares Nossa Senhora do Perpétuo Socorro e Lar de Maria.** Porto Alegre: SES/RS, 2015.

ROTELLI, F. A instituição inventada. **Per la salute mentale**, v. 1, n. 88, 1988. Tradução de Maria Fernanda de Silvío Nicácio. Disponível em: http://www.oriundi.net/files/istitutiz.invent_po.pdf. Acesso em Jun 03 2015.

21. O PROCESSO DA INCLUSÃO ESCOLAR DE CRIANÇAS AUTISTAS

Maria Izabel Tafuri

O tema da inclusão escolar de crianças portadoras de necessidades especiais é discutido nas últimas décadas no Brasil, por diversos setores da sociedade. Por se tratar de um tema comum a diferentes profissionais, como por exemplo, professores, psiquiatras, psicólogos, psicopedagogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais e gestores de escolas públicas e privadas, o diálogo é complexo por envolver interesses diversificados.

Os pais das crianças autistas ocupam um lugar de destaque nesse cenário. Eles tecem configurações sobre a inclusão, levando em consideração a experiência pessoal com o filho especial e fazem eco, expressando sofrimento intenso, às resistências existentes no processo de inclusão escolar. Muitas escolas geram, ainda hoje, a ‘exclusão’ de crianças especiais que apresentam comportamentos agressivos e desorganizados. A grande maioria das escolas ainda demonstra despreparo para acolher a criança especial, em especial as autistas, por falta de qualificação e de recursos psicopedagógicos especializados. Os pais sentem na pele, de forma sofrida e revoltante, a rejeição e a discriminação. Mesmo protegidas pela Lei Benenice Piana, Nº 12.764 (BRASIL, 2012), que institui a Política Nacional de Proteção dos Direitos da Pessoa com Transtorno do Espectro Autista, muitas crianças autistas não encontram, na escola, uma possibilidade de inclusão.

A partir da experiência clínica na área de inclusão escolar há mais de 20 anos, tanto na rede pública quanto na privada, percebe-se uma questão fundamental: a falta de recursos e de incentivo à capacitação profissional por parte dos gestores das escolas e de políticas públicas. No cotidiano o que acontece na prática psicológica é a solicitação da escola dirigida ao psicólogo por uma orientação individualizada da criança, fonoaudiólogo, entre outros. As reuniões realizadas com a equipe pedagógica da escola são direcionadas a discutir a problemática de uma determinada criança

com necessidades especiais. Raramente há a demanda das escolas por uma discussão abrangente do processo de inclusão ou da necessidade de oferecer aos professores cursos de capacitação. Para a escola é suficiente ouvir orientações individualizadas da criança matriculada. Por outro lado, o professor se mostra, na grande maioria das vezes, motivado para fazer a capacitação profissional e se queixa da falta do incentivo da instituição na qual trabalha.

O presente trabalho visa discutir as justificativas contrárias ao movimento da inclusão apresentadas pelas escolas, profissionais e pais de crianças autistas. Exemplificaremos essa problemática por meio de um caso mal sucedido de inclusão escolar de uma criança autista de doze anos. A referida criança foi expulsa pela escola no final do primeiro semestre letivo. As justificativas apresentadas pela escola são discutidas, nesse texto, a partir de parâmetros históricos relacionados à história da loucura, desde o século XVIII e as Políticas Públicas atuais.

Exclusão: uma herança histórica do homem civilizado

Alex, uma criança de 12 anos, diagnosticado no Espectro do Autismo, mais especificamente, Síndrome de Asperger, foi matriculado em uma escola privada no início do ano letivo. Para ele, era uma experiência nova. Devido ao trabalho do pai, a família havia se mudado de cidade. Alex se distanciou dos colegas de turma, perdeu a convivência com os avôs, primos, primas e tios. Enfrentou uma escola totalmente diferente, tanto em relação à metodologia empregada, ao espaço físico e quanto o número de crianças em sala de aula. A nova escola era muito maior e havia o dobro de crianças que na anterior.

Com o início do período letivo, Alex passara a manifestar comportamentos agressivos, principalmente os verbais (uso de palavrões, insultos e gritos). Não conseguia ficar sentado em silêncio, o que interferia, em demasia, na dinâmica de toda a sala de aula. Os colegas o provocavam por meio de apelidos jocosos e o ameaçavam caso não deixasse de falar e gritar.

A psicóloga foi chamada pela escola, no início do primeiro semestre letivo, à mesma época do início do tratamento psicológico da criança. Na primeira reunião com a equipe pedagógica, a conversa girou em torno das

principais dificuldades de Alex, apontadas pela psicóloga. As dificuldades da criança eram o déficit na comunicação, a não compreensão de metáforas, a não utilização dos jogos de linguagem, o déficit de relacionamento afetivo e o atraso psicomotor. O uso das palavras era feito por ele de forma literal. Não era capaz de mentir, de disfarçar e nem de utilizar metáforas para fins comunicativos. Não compreendia tão pouco as expressões corporais que conferem à palavra outro sentido, como a piscadinha de olho no meio de uma frase ou a presença de um sorriso escamoteado em uma conversa. Essa falta de compreensão da linguagem provocava nele inquietações e comportamentos agressivos. Nesse contexto, ele se sentia ofendido e agredia verbalmente professores e colegas de turma.

A psicóloga conversou com a equipe pedagógica da escola sobre a necessidade de recursos específicos para essa problemática. Seria necessário o uso de uma linguagem pictográfica, embasada em imagens para criar a possibilidade de compreensão cognitiva das relações afetivas estabelecidas por meio de jogos de linguagem. Foi pensada a possibilidade de um acompanhante terapêutico em algumas atividades complementares para mediar as relações afetivas negativas de Alex para com os colegas. Quanto à aprendizagem, a criança apresentava dificuldades apenas na interpretação de textos, no restante das matérias estava com um ótimo rendimento escolar.

Nessa reunião com a equipe pedagógica da escola, a psicóloga tentou desconstruir a noção de doença mental deficitária e procurou enfatizar as características positivas da criança. No caso em questão, Alex demonstrava capacidade de compreender as metáforas e os jogos de linguagem em um ambiente individualizado onde fosse apresentado a ele recurso de uma comunicação visual, como desenhos e imagens que representassem o que ocorrera com os colegas em sala de aula ou no recreio. Nos momentos em que ficasse agressivo, seria necessário um suporte individualizado com o oferecimento dessas atividades suplementares.

Nesse sentido, Alex precisava de uma atenção diferenciada para que os insultos e os palavrões produzidos por ele não fossem simplesmente rotulados como uma agressão ou uma deficiência associada ao diagnóstico de Síndrome de Asperger. A escola estava supervalorizando os aspectos negativos da patologia e, o mais agravante, estava descrevendo a criança como mal educada, agressiva e sem limites. A equipe pedagógica da escola

se comprometeu a repensar as necessidades individualizadas da criança, necessária à inclusão. Os professores e coordenadores da escola deixaram claro que não tinham professores o suficiente para fazer as atividades suplementares sugeridas pela psicóloga. Entretanto, iriam repensar a problemática e fariam o que estava ao alcance deles.

Com o passar do tempo, observou-se a falta de atitude dos professores em desenvolver as atividades suplementares. Perante as crises, Alex era levado para a sala da diretora ou suspenso por alguns dias. As suspensões causaram indignação e revolta em Alex. Ele não conseguia compreender a razão pela qual havia tanta discriminação em relação a ele, tanto por parte dos colegas quanto da escola. Segundo a mãe, ele ficava chorando em casa por não poder frequentar a escola. E dizia que gostava muito de ir à escola e que não queria perder aula.

Considerando a frustração da criança por não poder frequentar a escola, o sentimento de tristeza por não ver os colegas e não estar em sala de aula, a suspensão não promovera nenhum efeito educativo em relação aos limites e à convivência social. Com as suspensões, a criança estava em estado de sofrimento psíquico por se sentir excluída da escola, o que intensificava ainda mais o seu estado de ansiedade.

A escola, por sua vez, dizia que estava fazendo de tudo para acolher a criança, tinham carinho e amor por ele e a família. Os limites em relação à criança haviam ficado mais flexíveis porque os professores estavam cada vez mais amedrontados. Nada mais foi apresentado pela escola para a adequação do método de ensino para uma criança com um déficit de comunicação significativo. O que culminou em uma ação dramática da escola: a expulsão da criança no final do primeiro semestre letivo.

Os pais foram chamados em caráter de urgência pela direção da escola e ficaram estupefatos com a expulsão do filho. Eles não esperavam por essa reação da escola, pois todas as orientações solicitadas pela escola haviam sido consideradas pela família. Além disso, iam à escola regularmente para conversar com as professoras e orientadoras. A psicóloga só ficou sabendo do ocorrido depois da decisão já consumada pela escola. Em síntese, foi um caso mal sucedido que nos remete à reflexões sobre o processo de inclusão, a partir da história da loucura, tal como retratada por Michel Foucault (1972).

Exclusão e deficiência: marcas que se repetem na história do processo de inclusão

Os vários saberes envolvidos no processo da inclusão sofrem uma influência maldita: a exclusão dos leprosos, dos pobres e dos loucos realizada pela sociedade desde o Renascimento à Modernidade (FOUCAULT, 1972). As pessoas acometidas pela lepra, pelas doenças venéreas, pela loucura e pela pobreza foram excluídas da sociedade com uma marca indelével: o afastamento e o desaparecimento dessas pessoas para locais distantes das cidades. Foucault remarca o estigma da discriminação e da consequente exclusão dessas pessoas do seio da sociedade.

Um estigma que continua imperando na atualidade, a exemplo do caso de Alex, excluído da escola por causa de comportamentos que não podiam ser ‘vistos’ naquela instituição. E, marcamos ainda, que a exclusão da criança não partiu apenas da escola, mas dos pais dos colegas de Alex. Pais que transmitiram a seus filhos, mais uma vez, a necessidade premente de excluir aquele que é diferente. Assistimos, portanto, nos dias de hoje, a repetição de uma herança maldita, iniciada há mais de dois séculos – a exclusão daquele que é diferente, daquele que causa medo, por ser considerado perigoso à convivência social. Mesmo sendo uma criança de doze anos, tanto a escola como os pais das outras crianças ‘geraram’ a exclusão, ao invés, de incluir.

Considera-se que a exclusão de Alex tenha sido gerada por toda uma sociedade, família e escola, ao partirem da noção de deficiência associada ao perigo de convivência, ao contágio, no sentido de terem receio das crianças se tornarem tão desobedientes e agressivos como Alex. Nesse sentido, o processo de inclusão estava fadado ao insucesso desde a sua origem. Uma origem marcada por um paradoxo: a inclusão por meio da exclusão, herdado de geração em geração, uma herança maldita.

Outra marca significativa presente no processo de inclusão pode ser vista na história da loucura quando Foucault (1972) se refere à desistência do médico de se comunicar com o louco. O discurso delirante, as falas sem contexto e as palavras sem sentido proferidas pelo louco não mereciam ser escutadas. O louco passa a ser silenciado na sua voz inefável. Não tem o que dizer. Mais uma vez, percebe-se a tendência do tratamento psiquiátri-

co de excluir o comportamento indesejável, no caso, o discurso incoerente do louco. O louco perdeu a condição de sujeito do seu próprio discurso e se tornou objeto a ser tratado, excluído da sociedade.

No caso de Alex, a escola também não o escutou, a exemplo do saber psiquiátrico. Os palavrões e os insultos proferidos pela criança eram para os educadores um comportamento verbal a ser extinto. Mas como se viu no relato do caso, os insultos e os palavrões eram a expressão de um sofrimento psíquico. A criança não compreendia o que os colegas queriam dele quando usavam expressões gestuais e jogos de linguagem para a comunicação. Alex se sentia angustiado por falta de compreensão do que ocorria na relação interpessoal dele com os colegas, o que gerava reações intempestivas. Mas para a escola, esses comportamentos agressivos eram características deficitárias de uma doença mental. Portanto, a exclusão foi novamente colocada em pauta em um ambiente escolar. Os colegas de Alex vivenciaram, mais uma vez, a herança maldita da civilização, a exclusão daquele que é diferente.

Em suma, o processo de inclusão escolar de Alex ficou marcado por um paradoxo: incluir a partir da exclusão daquilo que incomoda. Um modelo de inclusão escolar fadado ao insucesso. Vejamos como esse modelo está presente hoje nas Políticas Públicas de Proteção das Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais.

O processo de inclusão para além da exclusão e da deficiência: um caminho possível?

Muitos autores destacam a escola como um espaço indispensável para o favorecimento do desenvolvimento infantil. A escola regular oferece a oportunidade de convivência entre as crianças, independentemente das características individuais delas (LEMOS et al., 2014; BOSA, 2012; HÖHER CAMARGO; BOSA, 2009; FIAES; BICHARA, 2009; SILVA; FACION, 2008; LAGO, 2007). Segundo Höher Camargo; Bosa (2009), o contexto escolar possibilita a criação de novos contatos afetivos, potencializando a socialização da criança autista. Por outro lado, oportuniza a convivência com as diferenças (SILVA; FACION, 2008). Nesse mesmo sentido, Fiaes; Bichara (2009) sublinham que no contexto da escola regu-

lar a criança especial pode encontrar um caminho para a socialização sem a necessária exclusão dos comportamentos indesejáveis como pré-requisito para pertencer à escola.

Kupfer (2000) cunhou o termo “educação terapêutica” para descrever um conjunto de práticas interdisciplinares de tratamento para que a criança seja incluída na escola e possa retomar o desenvolvimento. Albe; Magarián (1991) questionam o papel da escola na produção do laço social, a função de enlace, termo que se aproxima daquilo que poderíamos também chamar de “efeitos da circulação social”. Um trabalho clínico junto à escola pode ajudar a restabelecer o laço social da criança com a escola, a família e a vida social em sua amplitude. Promover a circulação, no interior do campo social, em torno da escola, que é particularmente poderosa na sociedade contemporânea. Para que a criança possa ser um sujeito falante e ativo na aprendizagem, é imprescindível o sentimento de pertencimento ao grupo, que haja o relacionamento, a participação e o compartilhamento das atividades desenvolvidas.

Um princípio norteador do processo de inclusão para além das marcas da deficiência e da exclusão é a compreensão de formas sensíveis de comunicação apresentadas por crianças especiais (TAFURI, 2003). Os gestos desajeitados, os sons estridentes, os maneirismos, as estereotípias, a ausência da fala e o uso indevido das palavras são comumente vistos como sintomas negativos da doença e/ou comportamentos sem fins de comunicação. Entretanto, são passíveis de serem compreendidos e incluídos na adaptação escolar da criança especial. A necessidade premente de excluí-los impede a compreensão da forma de ser da criança, pois todos os sinais aparentemente patológicos fazem parte do corpo vivido pela criança. São comportamentos vivenciados pela criança ao longo da sua existência. Portanto, torna-se necessário oferecer à criança um ambiente no qual ela possa se reconhecer naqueles comportamentos. Vistos dessa forma, podemos promover a saúde mental da criança, em contraponto, à extinção de sintomas negativos (TAFURI, 2013). Na prática, retomaremos o caso de Alex para refletir esse processo de inclusão.

Por meio da psicoterapia Alex pôde vivenciar o uso dos palavrões e dos insultos como a única forma de demonstrar a sua angústia de não compreender os colegas. Ele também lutava para ser aceito, desejava ter amigos, ser convidado para os aniversários dos colegas e não entendia a

forma como os colegas o rechaçavam. Ao falar dos seus sentimentos, Alex pôde reconhecer em si mesmo a frustração de não ser compreendido e de não decifrar os comportamentos não verbais e os jogos de linguagem dos colegas. À medida que os sentimentos de menos valia puderam ser trabalhados nas sessões psicoterápicas, Alex passou a suportar e controlar a frustração de não compreender o que as outras crianças queriam dele. O que propiciou uma diminuição significativa dos comportamentos agressivos. Ele se sentiu mais capacitado emocionalmente para não ser agressivo como antes.

A partir desse ambiente de escuta e atenção às formas sensíveis de comunicação da criança foi possível acompanhar o processo de inclusão de Alex em uma escola pública que o aceitou a partir do segundo semestre daquele mesmo ano. Com todas essas ações, os comportamentos agressivos passaram a ser integrados pela própria criança em sua forma de existir (TAFURI, 2013). A criança fez novos amigos, começou a se interessar por futebol, passou a jogar no time da escola e, em relação à aprendizagem, demonstrou um rendimento escolar muito bom em todas as disciplinas. Recebeu algumas advertências durante o segundo semestre letivo, ainda apresentou comportamentos impulsivos em algumas situações, os insultos e o uso de palavrões não desapareceram por completo. Entretanto, esses comportamentos não o impediram de conviver com os colegas e com os professores. Ele se tornou mais capacitado para se criticar a si próprio e se controlar.

Com o apoio psicopedagógico individualizado, Alex pôde trabalhar a interpretação de textos metafóricos por meio de desenhos que representavam o conteúdo da leitura. Para ele, era muito mais compreensível a linguagem pictográfica. Ele passou a se interessar pelo desenvolvimento de textos a partir das situações vividas por ele nas atividades cotidianas. A socialização de Alex passou a ser feita para além dos muros da escola. Com o auxílio do Acompanhante Terapêutico, ele passou a utilizar ônibus e metrô para ir a cinemas e shoppings, fazer compras, ir ao zoológico, etc. E o mais significativo, começou a solicitar aos pais a possibilidade de sair sozinho para brincar com as crianças da vizinhança (TAFURI, 2013).

O procedimento clínico de promover a saúde, em detrimento da extinção de comportamentos inadequados, propiciou a integração de sensa-

ções e sentimentos oriundos dos comportamentos ditos deficitários, que na verdade, eram expressões de sofrimento psíquico para além das marcas da deficiência e da exclusão. Deve-se levar em conta um ambiente permissivo e respeitoso à aceitação das características, aparentemente sem sentido e sem fins de comunicação para que possamos compreender o sentido delas na história de vida da criança. A proposição seria a de acompanhar a criança em todas as suas expressões comportamentais para propiciar uma compreensão intersubjetiva do sujeito para além do rótulo da doença.

Reflexões

O insucesso da inclusão de Alex na primeira escola causa a impressão de que os resultados alcançados até aqui não têm sido muito animadores. Atualmente, o trabalho clínico do Psicólogo, ao ser chamado pela escola, tem sido apenas o de discutir a inclusão de uma criança específica. As escolas se utilizam desse recurso para capacitar, informalmente, os professores e orientadores. Um trabalho de ‘formiguinha’ que não atende, em absoluto, a inclusão escolar, que deveria ser vista como um projeto global de uma sociedade. Nesses casos, as escolas são um reflexo do paradigma da inclusão por meio da exclusão de comportamentos indesejáveis. Uma herança maldita tratada na história da loucura por Michel Foucault (1972) e discutida nesse texto.

Entretanto o sucesso da inclusão na segunda escola demonstra uma abertura para a inclusão para além da exclusão dos comportamentos indesejáveis. Nesse texto, a inclusão escolar para a promoção das relações sociais e para a retomada do desenvolvimento da criança foi considerada vital para a sociedade como um todo. Com o apoio das relações sociais com os demais colegas, a criança especial poderá desenvolver diferentes possibilidades de aprendizagem. Portanto, o foco não pode ser reduzido às características negativas da doença. Deve ser direcionado para as potencialidades a serem desenvolvidas pela criança. O perigo na supervalorização do diagnóstico está na marca da deficiência das doenças mentais, historicamente veiculadas, desde o século XVIII.

Na tentativa de desconstruir o paradoxo “inclusão por meio da exclusão” seria necessária a formação de redes interdisciplinares de atenção

à saúde mental a fim de propiciar uma trama de possibilidades educativas para além da escola. As Políticas Públicas pautadas no alicerce da deficiência nos convoca a questionar as mazelas da civilização ancorada na noção da exclusão do que é diferente, a exemplo da Lei Berenice Piana, Nº 12.764 (BRASIL, 2012) que designa de *deficiente* a criança classificada como autista. Trata-se de uma Lei que almeja proteger a criança autista a partir do princípio da deficiência. Dessa forma, a criança autista, considerada deficiente e incurável, dificilmente encontrará na escola e na sociedade a verdadeira inclusão.

Existe hoje uma carência de capacitação profissional tanto dos gestores como do corpo docente das escolas. E, o mais importante, há uma ausência de Políticas Públicas que visem a sensibilização de toda a sociedade em torno do processo de inclusão, no sentido da desconstrução de uma herança maldita, a inclusão por meio da exclusão daquilo que é diferente.

Referências

ALBE, N. E.; MAGARIÁN, A. A. **De la ausencia de lazo social a la función de enlace**. Actas del Ier Congreso Nacional de Prácticas Institucionales con niños e adolescentes “Encuentro y Repetición”. Buenos Aires: Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar Garcia, 1991. pp. 263-266.

BOSA, C. A Atenção compartilhada e identificação precoce do autismo. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 77-88, 2012.

BRASIL. Lei Berenice Piana, Nº 12.764 Presidência da República, Casa Civil, Subchefia para Assuntos Jurídicos, dezembro, 2012.

FIAES, C. S.; BICHARA, D. Brincadeiras de faz-de-conta em crianças autistas: limites e possibilidades numa perspectiva evolucionista. **Revista Estudos Psicologia**, Natal, v. 14, n.3, p. 231-238, 2009.

FOUCAULT, M. História da Loucura. São Paulo: Perspectiva, 1972.

HÖHER CAMARGO, S. P.; BOSA, C. A. Competência social, inclusão escolar e autismo: revisão crítica da literatura. **Psicologia & Sociedade**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 65-74, 2009.

KUPFER, C. Por que ensinar a quem não aprende? **Estilos clin.**[online]., v. 5, n. 9, p. 109- 117, 2000.

LAGO, M. **Autismo na escola**: ação e reflexão do professor. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2007.

LEMOS, E. L. M. et al. Inclusão de Crianças Autistas: um Estudo sobre Interações Sociais no Contexto Escolar. **Rev. Bras. Ed. Esp.**, Marília, v. 20, n. 1, p. 117-130, 2014.

SILVA, M. F. M. C.; FACION, J. R. Perspectivas da inclusão escolar e sua efetivação. In: FACION, J. R. (Org.). **Inclusão escolar e suas implicações**. Curitiba: Ibpex, 2008. p. 185-216.

TAFURI, M. I. **Dos sons a palavra**: explorações sobre o tratamento psicanalítico da criança autista. Brasília: Positiva/Abrafipp, 2003.

TAFURI, M. I. Acompanhamento Terapêutico com crianças: uma modalidade clínica desenvolvida a partir do encontro. In: IAMIN, S. R. S. et al. (Orgs.), **Manual de acompanhamento terapêutico**: contribuições teórico-práticas para a aplicabilidade. São Paulo: Santos, 2013. p. 113-117.

22. PSICOTERAPIA & CRONICIDADE: RE-PENSANDO A SAÚDE¹

Maurício da Silva Neubern

Este trabalho procura responder à seguinte questão: como a psicoterapia pode contribuir para que a saúde seja repensada enquanto conceito e também em suas práticas cotidianas. Parte-se aqui do pressuposto de que a psicoterapia se constitui como campo privilegiado para que o sujeito seja resgatado em sua integralidade, o que implica em duas grandes consequências: a primeira, na compreensão de que a saúde se configura como um conjunto de processos subjetivos (GONZALEZ REY, 2011), de maneira que, mesmo possuindo uma causalidade objetivamente constatada, ela se organiza como processo humano, situado na vida cotidiana das pessoas, sendo perpassada por registros sociais, históricos, culturais, familiares, espirituais, dentre outros (NEUBERN, 2010). Assim, o diagnóstico de uma doença como lúpus, por exemplo, aparece na vida de um sujeito, se configurando subjetivamente a seu histórico de maus tratos, a suas rupturas e reorganizações familiares, a sua queda de rendimento no trabalho, a sua desestabilização financeira, à alteração de sua sexualidade, à retomada de sua fé e a sua sensação de bloqueio do futuro.

Em segundo lugar, a psicoterapia aparece aqui como um espaço de cuidado possível para os sujeitos em sua integralidade, de modo a poder se transformar como um espaço de referência em saúde (NEUBERN, 2012a). O sujeito acima citado, nesse sentido, pode encontrar na psicoterapia a

¹ As reflexões aqui desenvolvidas derivam de dois projetos desenvolvidos no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília: o “Projeto Acolher”, coordenado por mim e pela Prof^a. Dra. Larissa Polejack, que se trata de um projeto de extensão universitária e se volta ao atendimento de pessoas em situação de cronicidade, e o “Projeto CHYS - Complexidade, Hipnose e Subjetividade”, sob minha responsabilidade, cuja ênfase recai sobre as relações entre hipnose e complexidade. Seus subprojetos envolvem atendimentos de pessoas da comunidade e pesquisas de alunos de graduação e pós-graduação.

construção de um contexto que resgate suas potencialidades, tanto no que se refere à reconfiguração subjetiva de núcleos de sofrimento, como no tocante à reconstrução das redes sociais, envolvendo família, instituições, comunidade e, principalmente, os serviços de saúde. Assim, ao mesmo tempo em que tal contexto pode proceder a novas qualidades de produção de sentidos referentes às temáticas importantes de sua vida, pode também ser de grande pertinência na reconstituição de seus laços comunitários e familiares, como na sua inserção, enquanto sujeito, nos serviços que conduzem seu tratamento.

Contudo, além da psicoterapia, a cronicidade é também tomada como eixo de reflexão sobre a saúde, uma vez que exige outra lógica de abordagem. Como não permite a eliminação geral dos sintomas, nem se coaduna com um pensamento de causa e efeito, os problemas crônicos fazem apelo a uma lógica de convivência, em que o vínculo e o cuidado tornam-se mais importantes do que uma perspectiva de cura definitiva. Nesse sentido, é importante que a qualidade de vida se constitua não simplesmente como “a obrigação de conviver com a doença”, mas em termos de soluções concretas para os sujeitos, principalmente no tocante à construção de sentidos para sua vida, suas relações, seus projetos e seu futuro. Não sem razões, a psicoterapia se constitui como um espaço em que este contexto se torna possível, de maneira também a inspirar outras práticas de saúde, posto que, em seu contexto, o problema crônico pode ser situado frente aos diversos componentes de seu mundo, de onde novos caminhos podem ser buscados. A seguir, serão desenvolvidos três tópicos que caminham na direção dos objetivos aqui traçados. Os casos clínicos aqui ilustrados derivam de subprojetos do CHYS submetidos ao Comitê de Ética da Universidade de Brasília, de maneira que todas as condições éticas referentes à pesquisa com humanos foram rigorosamente cumpridas.

Saúde Como Subjetividade

Um dos primeiros pontos que emergem de forma abrupta na prática de muitos profissionais é a maneira de conceber a saúde enquanto entidade orgânica e acessível apenas pelo olhar biomédico, cuja ênfase recai sob uma ótica linear e causalista, em que a saúde é tomada como uma entidade desvencilhada de história, cultura e subjetividade (GONZALEZ

REY, 2011). O sintoma, a dor, a sensação estranha e incômoda logo são buscados em alguma relação causal como corpo, de maneira a se identificar uma entidade (doença) ou, ao menos, alguns mecanismos que possam removê-la. Dessa forma, a vida cotidiana de tais pessoas, seus modos de relação com os outros, seus sentidos subjetivos e projetos que possuem para si e para os seus, suas maneiras de lidar com temas como sexo, dinheiro, violência, família, trabalho, morte e espiritualidade possuem um papel epistemologicamente secundários na hierarquia dos saberes que pautam a prática de muitos profissionais. Talvez, em certas situações, possam até ser considerados relevantes, sendo reduzidos a alguns padrões de comportamento a serem modificados por meio de práticas secundárias, como as chamadas práticas integrativas, quando destituídas de um olhar arguto para a complexidade das relações entre profissionais e sujeitos nos espaços de Saúde.

O foco, no caso, gira muito mais em torno de duas questões básicas. Primeiramente, a doença ou os mecanismos fisiológicos associados a seus sintomas devem ser identificados e tratados em função do saber médico dominante por meio de procedimentos (exames, cirurgias, prescrições de medicamentos) e produtos (drogas, aparelhagens) fundamentados, ao menos em tese, na mais acurada objetividade científica (NATHAN; STENGERS, 1999). Em segundo lugar, o papel da pessoa deve ser a de um paciente, alguém que obedece e segue as prescrições dos referidos profissionais: quanto mais obediente é o paciente, melhor deveria ser a eficácia das etapas acima descritas.

No entanto, situações como as que envolvem a cronicidade trazem problemas espinhosos para esta lógica. Por um lado, grande parte das queixas relatadas por pessoas que convivem com a cronicidade não se coadunam com semelhante paradigma, a começar pela proposta de objetivação presente nos diagnósticos, que possuem nos exames (sejam de laboratório, sejam de imagem) os instrumentos de base para a pretendida objetividade. Doenças autoimunes, síndromes como a fibromialgia e diferentes expressões de dores crônicas têm se constituído em verdadeiro pesadelo para médicos, pacientes e serviços (BRETON, 2012), uma vez que, não raro, se apresentam em quadros nebulosos e rebeldes ao diagnóstico tradicional, sem contar sua contumaz resistência aos procedimentos de intervenção, que comumente tornam-se pouco eficazes face aos mesmos, podendo mes-

mo apresentar sérios efeitos colaterais.

Em segundo lugar, tal cenário, em mais de uma ocasião, tem levado o tratamento a uma sensação de desconfiança, capaz de abalar significativamente a relação com os pacientes, que podem ser responsabilizados pelo insucesso das intervenções. Como aquilo que relatam não aparece nos exames científicos, portanto, em procedimentos fidedignos, acusações como fingimento, manipulação para obter benefícios no trabalho ou na família, histeria, insatisfação sexual (principalmente com as pacientes mulheres), imaginação, fraqueza de caráter e loucura são comuns no que tange a tais populações, e podem passar a permear as relações destas com os serviços de Saúde, a família e o trabalho, espaços sociais de grande importância para as mesmas, e em que se tornam seriamente estigmatizadas (NEUBERN, 2013).

Em suma, é possível considerar que essa hierarquia epistemológica, em que o saber médico tradicional é privilegiado em detrimento de outros², leva a uma visão reducionista do complexo campo da saúde, como também traz conseqüências de grande impacto no tratamento das pessoas. Quando importantes zonas de sentido (GONZALEZ REY, 2005) são literalmente deixadas de fora dessa ótica e das formas de intervenção que dela derivam, a saúde deixa de ser considerada como processo humano (subjetivo), sendo descaracterizada em pontos de grande importância para uma compreensão mais abrangente de sua complexidade. A ênfase em conceber a saúde como algo ligado às doenças enquanto entidades, ao invés de algo ligado as pessoas, leva os profissionais de Saúde a um distanciamento considerável das complexas realidades trazidas pelas pessoas que diariamente solicitam seus cuidados (POLEJACK; NEUBERN, no prelo).

É nesse ponto, justamente, que a psicoterapia pode trazer contribuições de grande relevância, uma vez que pode se consistir em um precioso modo de resgate da saúde enquanto subjetividade, conforme exemplificado no trecho abaixo (NEUBERN, 2012b):

2 A política recente do Ministério da Saúde para dores crônicas (Brasil, 2012) é um exemplo disso. A maior parte das considerações se dá em torno da prescrição de medicamentos.

Quando Inês, casada, cinquenta anos, mãe de três filhos, queixou-se de dores acentuadas decorrentes de fibromialgia, a preocupação primeira de seus médicos foi a escolha de medicamentos que pudessem aliviar suas dores e tirá-la de um quadro depressivo, instalado há seis meses devido à morte de sua irmã. Apesar de ela estar em acompanhamento médico e de frequentar, no hospital, um grupo de ajuda psicológica voltado para pessoas com dores crônicas, seu quadro não havia progredido até então. Chorava com frequência e era acusada, por seus familiares, de fraqueza, pois choro “*era coisa de gente fraca*”. Ela não conseguia mais ser aquela mulher forte na família, capaz de ajudar os outros com sua sabedoria e seu trabalho. Seu corpo estava anestesiado, salvo nos momentos de dor, e não conseguia sentir prazer em mais nada, nem na comida, nem nas atividades de que tanto gostava. Sentia-se triste, pois várias pessoas de sua família já haviam conseguido sonhar com sua irmã, e ela não. Segundo sua religião, “o Vale do Amanhecer”³, ela estaria atrapalhando a evolução da irmã no mundo espiritual com seu inconformismo frente aos desígnios divinos. Em seu trabalho psicoterápico, o terapeuta lhe pediu que, inicialmente, montasse um pequeno altar, tal como em sua religião, e colocasse ali a foto de sua irmã, frente à qual deveria chorar ao menos por uma hora, três vezes por semana. O terapeuta também entrevistou no sentido de combinar com Inês que, caso seus familiares se queixassem de seu choro, poderiam telefonar para ele, que lhes explicaria que isso era parte do tratamento. Em seguida, por meio de induções hipnóticas (ERICKSON; ROSSI, 1979), o terapeuta buscou resgatar os momentos significativos de vida que Inês e sua irmã tiveram juntas, resgatando a sensorialidade da cliente e abrindo as perspectivas de tempo para o futuro, até então bloqueado pelo luto. Após dez sessões semanais de psicoterapia, Inês estava sem sintomas de depressão, havia retomado sua vida profissional e relatou sentir uma redução acentuada de suas dores. Na última sessão de psicoterapia, durante o transe, relatou sentir o gosto do café que sua irmã fazia e, finalmente, ter tido com ela uma conversa importante, em que ambas se prontificavam a cumprir bem suas missões para poderem se reencontrar um dia, fosse no mundo espiritual, fosse no mundo físico.

³ Trata-se de religião nascida nos arredores de Brasília e caracterizada por sincretismo que envolve espiritismo, esoterismo e propostas afro-brasileiras e indígenas.

O que este exemplo destaca, dentre vários aspectos ligados ao tema, é que a qualificação da pessoa a partir de seu mundo, com suas referências e com seus sentidos subjetivos particulares, abre perspectivas mais amplas para a compreensão da saúde enquanto um campo complexo e humano da realidade. De um ponto de vista da eficácia, é inquestionável que a maneira de construção do contexto relacional e das técnicas psicoterápicas aqui ilustradas foi decisiva tanto na melhoria do quadro quanto da qualidade de vida. A qualificação dos sentimentos de luto(tidos na família como fraqueza) como processo a ser considerado no sagrado (perante seu altar), a ênfase em momentos significativos do convívio com a irmã, o foco na sensorialidade e no futuro, e o espaço para a espiritualidade tiveram impactos de grande relevância na corporeidade, com mudanças consideráveis nos sintomas depressivos e de fibromialgia.

Tal perspectiva concebe o corpo enquanto um conjunto de processos subjetivos organicamente ligados às trocas simbólicas e vividas do mundo sócio-cultural do sujeito, o que justifica uma possibilidade muito concreta de pesquisa sobre as relações entre a subjetivação humana, em termos individuais e sociais, e os processos fisiológicos, que também possuem um papel central nas relações entre doença e saúde, conforme já destacado por diferentes autores (CSORDAS, 2002; ERICKSON, 1985; MERLEAU-PONTY, 2005; 2008; NEUBERN, 2010; ROSSI, 2007) e sugerido por outros que ressaltam os intercâmbios entre a produção simbólica e a experiência corpórea (GALLAGHER; ZAHAVI, 2008; LAKOFF; JOHNSON, 1999; JOHNSON, 2007).

Como já proposto há várias décadas por Merleau-Ponty (2005), sem a queda numa proposta simplista e linear de psicossomática -que não raro se constitui como uma forma de culpabilização dos pacientes pela fabricação de suas doenças -, tais propostas apontam na direção de diferentes níveis de processos sistêmicos e complexos que parecem se interpenetrar e influenciar sem se descaracterizarem e sem perderem sua autonomia, o que parece se constituir como um caminho promissor para o estudo das doenças autoimunes, das dores crônicas e da própria fibromialgia. Torna-se possível afirmar, portanto, que a influência desenvolvida na subjetividade presente nas trocas da relação psicoterápica entra, por assim dizer, na carne dos protagonistas, ou seja, se integra à sua corporeidade, ao mesmo tempo em que proporciona o desenvolvimento de novos processos configuracionais nos termos vividos

e simbólicos que constituem a experiência de saúde.

O caso de Inês, nessa mesma perspectiva, traz ainda outra consideração da mais alta pertinência: ela é concebida como um sujeito que possui um papel ativo em seu processo terapêutico (GONZALEZ REY, 2011; NEUBERN, 2010). Isso significa entender, de uma parte, que sua fibromialgia é considerada em uma realidade que envolve, além da ótica médica, toda uma produção subjetiva configurada em torno de temas como pertencimento e papel familiar, relações com o mundo espiritual, quebra de trajetória de vida, morte, ruptura profissional e perdas financeiras. Abre-se, nesse sentido, um espaço para que tais temáticas sejam qualificadas na relação e contempladas tecnicamente, sendo mobilizadas de maneira a promover importantes mudanças na redução de suas dores e na reconfiguração de suas temáticas de vida. Entretanto, de outra parte, todo esse cenário não se desenvolve face a uma pessoa passiva que contempla as ações de um especialista a fim de receber seus benefícios. Ele demandou, na psicoterapia de Inês, sua participação ativa, ao mobilizar uma série de recursos de sua história de vida (como os aprendizados que desenvolveu junto à sua irmã), ao contrariar o ditame familiar de fraqueza e assumir seu choro, ao desenvolver uma postura pró-ativa contra os pensamentos depressivos e, principalmente, ao retomar os diferentes papéis sociais imbuídos de sentido para ela. Ela se torna, desse modo, sujeito da promoção de sua saúde.

A concepção da saúde enquanto subjetividade ressalta, portanto, que uma situação de doença, como a de Inês, não deve ser restrita a uma visão de corpo impessoal e cadavérico, desabitado de história, cultura e sujeito. Deve, antes de tudo, ser concebida dentro de toda uma produção simbólica, vivida e emocional que não exclui o saber médico, mas situa a dialética saúde-doença no plano humano. Nesse sentido, ao mesmo tempo em que a subjetividade implica uma visão que vai muito além de relações lineares e causalistas (como a de afirmar sem qualquer fundamentação que o luto teria causado a fibromialgia de Inês), a subjetividade traz à tona também a necessidade de uma concepção em que uma queixa seja situada em toda uma teia de relações finas que envolvem a corporeidade e também o mundo cotidiano dos sujeitos. Aqui, mesmo que as dores possuíssem uma causa identificável pelo olhar médico (o que não era o caso), elas apareciam acompanhadas de temáticas humanas centrais da paciente como a morte de uma pessoa querida, o colapso nos papéis familiares, a perda financeira, o

pertencimento e a espiritualidade. Assim, mesmo que fosse possível destacar uma causa, ela poderia parecer pouco expressiva caso o tratamento de uma pessoa como Inês não contemplasse todo esse conjunto de configurações que se constituíram em dor e sofrimento após a morte da irmã.

Contexto e Promoção de Saúde

À medida que a Medicina se consolida como representante da ciência moderna nas sociedades ocidentais, a lógica de separação e controle torna-se dominante na constituição tanto de seus saberes quanto de suas práticas (GONZALEZ REY, 2011). A crescente especialização das disciplinas, muitas vezes distanciadas entre si, bem como a fragmentação das práticas diversas, parecem coincidir com uma lógica de pensamento de profissionais e de serviços em que o profissional se concebe *fora* do mundo do outro, numa posição a partir de que deve buscar modificá-lo e controlá-lo segundo critérios objetivos. Tal lógica possui conseqüências marcantes para as diferentes propostas de tratamento. Há, de início, um menosprezo considerável quanto à inserção do profissional no contexto, que remete à ausência de uma reflexividade que implique o pensar a si mesmo no desenvolvimento de um processo relacional. Ao mesmo tempo, toda a complexidade envolvendo os processos de saúde acaba sendo reduzida às intervenções reificadas em protocolos e à transmissão de informações para o paciente, sendo este concebido como autômato e não como sujeito. Sob a égide da ciência moderna, uma vez delineadas as metas, mesmo que restritivas e distantes do cenário subjetivo das pessoas, não há mais sujeitos protagonistas de suas vidas, mas apenas operários que devem obedecer o estabelecido pelo doutor caso desejem obter saúde.

A cronicidade, porém, em sua intrincada complexidade, traz à tona espinhosos questionamentos a esta lógica, pois, além de romper com a perspectiva da remoção definitiva dos sintomas, ela também impõe que se concebam questões relativas ao cotidiano das pessoas, principalmente por demandar a abordagem de temáticas ligadas à qualidade de vida. As relações com o trabalho (como desemprego, assédio moral, auxílio do INSS), o papel na família (cuidador, provedor, vítima), a subjetivação do dinheiro (a fonte que se esgota para buscar cura, os conflitos que daí decorrem), as limitações físicas e sociais diversas (como a própria locomoção pela

cidade e o acesso a serviços diversos e bens culturais) são algumas das questões que vão muito além de um procedimento de transmissão de informações ou da pretensão de um médico ou de um psicólogo de modificar os padrões de comportamento de um outro, em uma perspectiva unilateral de controle e de autoridade. O problema, contudo, é que, quando esse conjunto de necessidades não emerge de forma concreta, tais processos constitutivos da realidade cotidiana do sujeito nem sempre ganham consideração e visibilidade, o que favorece que os pacientes sejam facilmente submetidos a um julgamento moral como o de “resistência” ou o de não engajamento no tratamento proposto.

A ausência de reflexividade traz ainda outra questão importante, largamente discutida na hipnose (ROUSTANG, 2006): *a desconsideração da influência*. Como o mundo do profissional é externo ao do paciente, o que comumente é simbolizado pelo jaleco branco, o profissional não se dá conta dos efeitos que seus posicionamentos proporcionam em diferentes níveis do mundo do paciente. Aqui, não se trata apenas de considerar como a informação deve ser passada, mas do próprio foco do conhecimento que se impõe sobre a prática. Assim, se a Medicina e a própria Psicologia da Saúde possuem majoritariamente um foco muito maior sobre a doença, representada de diferentes formas, as relações que perpassam suas práticas possuem também um impacto consideravelmente maior na evocação, no mundo dos pacientes, de dor, sofrimento, incompetência, transtornos, déficits e problemas, sem destacar e potencializar seus diferentes recursos. Desatentos à idéia de que a prevenção e a atenção às dificuldades costuma ser construída no modo de evocar, mobilizar e ativar circunstâncias que as envolvam, os profissionais, não raro, fazem com que os pacientes se vejam colocados numa posição de impotência, cujas consequências podem ser negativas tanto para seu tratamento quanto para a efetivação da autonomia que lhes é paradoxalmente exigida para se engajarem na busca de sua cura.

Nesse sentido, a psicoterapia (ERICKSON; ROSSI, 1979; NEUBERN, 2010) pode ser de grande importância por mostrar caminhos significativos para a construção de um contexto terapêutico, tal como ilustrado a seguir.

Joana, nove anos, veio de Campo Grande (MS) para buscar ajuda quanto a uma dermatite tópica que lhe trazia terríveis coceiras, rupturas dolorosas na pele e uma infinidade de limitações de vida, envolvendo qualquer situação que pudesse irritar sua pele (grama, terra, animais, roupas, alimentos diversos, pessoas, etc). Sem resultados médicos significativos, Joana era submetida a grande quantidade de medicamentos, inclusive corticóides. Segundo a mãe, que havia me contatado por e-mail, a menina passara a se apresentar muito arredia aos diversos tratamentos e profissionais que haviam consultado, pois, segundo ela, *“doíam e não resolviam nada”*. Seus pais haviam vivido uma séria crise conjugal por alguns meses. Enquanto o pai, neste período, havia ficado muito doente, problema sem diagnóstico definido, a mãe entrara num processo depressivo. Havia também outra situação difícil para ela: Joana havia presenciado um tiroteio entre polícia e bandidos em frente a sua casa, quando um destes foi baleado e morto. A criança não queria mais dormir em seu quarto dizendo que temia que os bandidos invadissem a casa e fossem pegá-la enquanto dormisse. Sua mãe resolveu buscar ajuda em nosso serviço na Universidade de Brasília (CHYS) após acatar a sugestão de um parente residente em Brasília que as hospedou, de maneira que sua terapia contou com quatro sessões seguidas de duas horas cada, onde eu e uma estagiária desenvolvemos o trabalho. Logo na primeira sessão, após uma entrevista rápida com ambas, onde sua mãe forneceu algumas informações sobre a doença e a rotina de Joana, percebi que a menina apresentava-se arredia quanto a minha presença. Pedi que a mãe deixasse a sala e procedemos a algumas brincadeiras, tendo ela escolhido brincar de ‘escolinha’ junto a uma lousa branca. Neste momento, ela se dirigia muito mais à estagiária do que a mim, estabelecendo com ela uma relação mais próxima. Em seguida, procedemos a uma brincadeira chamada ‘conhecer o corpo’ no qual cada um escolhia um local confortável da sala e relaxava cada parte do corpo gradativamente. Relatou sentir alívio com o transe, estado em que se via em bons lugares. No processo de indução hipnótica, Joana se viu nas nuvens e logo escorregando por um arco-íris junto com a estagiária. Perguntei-lhe se eu poderia ir junto e ela disse que sim. No final do arco-íris, eu lhe disse que havia um duende verde que diziam ser feio e mal, mas que ela não se preocupasse, pois estávamos com ela. Pedi que abrisse os olhos logo após ver o tal duende, e que olhasse para mim, se mantendo em transe. Depois disso, ela saiu deste lugar gostoso e tranquilo, e retornou bem. Nas sessões seguintes, a mesma lógica foi desenvolvida, sendo acrescentados novos temas e

aprofundamentos. Havia uma ênfase nos sons, com objetos e violão, e um acompanhamento do corpo, brincadeiras, o treinamento do transe, o arco-íris e o duende mau. Aos poucos foi introduzido também o seu quarto, sendo dito que ela poderia entrar aos poucos nele, que ela tinha toda a razão em ter medo de dormir ali, que as lembranças ruins tinham uma razão de ser, que ela havia conseguido correr até o quarto dos pais, que eles a protegeram, que não era impossível que os bandidos voltassem, mas que não havia motivos para que fizessem isso, que ela podia dormir profundamente, que seus pais estavam ali, cuidando dela, como sempre cuidaram, que a música que ali tocávamos no violão seria gravada, e que ela poderia levá-la para casa e continuar se encontrando conosco neste novo lugar, junto com sua mãe e com seu pai. Ela já havia até brincado com o duende mau que ela percebeu ser, na verdade, bom e engraçado. Ao se despedir, em uma brincadeira na lousa, ela disse ter gostado muito de me conhecer e que gostaria de voltar logo que possível. Sua mãe não pôde cumprir com o combinado (o retorno alguns meses depois), mas relatou que sua filha estava muito bem, treinando sempre com ela e como marido a auto-hipnose. Suas dores e coceiras haviam reduzido consideravelmente e os médicos a haviam dispensado dos corticóides.

O caso de Joana apresenta questões de grande importância para se conceber a construção de um contexto de promoção de saúde, a começar pela construção do *vínculo*, ponto crucial em um processo terapêutico (GONZALEZ REY, 2007). O espaço criado favoreceu uma relação de confiança e afetividade importantes para que Joana pudesse aproveitar o processo terapêutico ao se apropriar dele segundo suas referências internas e seus sentidos subjetivos. Em outras palavras, o destaque conferido a determinados aspectos permitiu uma relação emocional que proporcionasse o acesso ao outro, não enquanto um autômato, como parecem preconizar os pensamentos tradicionais sobre a saúde, mas como sujeito autônomo que participa ativamente de seu próprio processo (GONZALEZ REY, 2011; NEUBERN, 2012a). Mesmo sendo uma criança, ela sai de uma condição de mera doente que deve apenas receber cuidados para ocupar um lugar de alguém que trabalha por si e contribui para seu próprio processo.

Isso oferece outra perspectiva para a prática de saúde, na qual a informação pode fluir com maior facilidade, mas, além disso, em que há uma dimensão concreta do “*mostrar*” e não simplesmente do “*dizer*” algo para

o sujeito (NEUBERN, no prelo), um “*mostrar*” que veicula simbolicamente, e em diferentes níveis, a subjetividade a uma proposta relacional em que o sujeito é considerado, e a um tratamento em que soluções concretas são buscadas. A atitude do terapeuta não se restringe, portanto, a um discurso positivo sobre o outro, mas a uma série de processos que se concretizam para que, de fato, o cenário deste outro seja contemplado em suas necessidades: as brincadeiras, a presença de uma figura feminina (a estagiária), a fala pertinente sobre seus problemas e temas cotidianos, a eficácia da hipnose que alivia suas dores, como ainda o convite para que ela exercite ativamente cada tarefa proposta. Ambos, terapeuta e paciente, são envolvidos por uma atmosfera habitada por objetos, ações, trocas e práticas que fornecem outras possibilidades de perspectiva e de produção subjetiva perante os problemas.

Nesse sentido, há uma contribuição de grande relevância para a saúde no tocante à forma de situar o problema, seja ele uma doença, um sintoma ou ainda um mal estar indefinido. As dores de Joana estão aqui ligadas, em termos subjetivos e concretos, a brincadeiras, a brinquedos, a figuras positivas (como a estagiária, o terapeuta e seus pais), à música e à uma diversidade de experiências no transe (como a sensação de vôo e o arco-íris) com alto potencial de significados de proteção, mudança e possibilidade. Elas não deixam de ser levadas em conta, nem são menosprezadas no que significam para a menina, mas são devidamente relacionadas com outras ordens de figuras, práticas e processos cuja produção subjetiva possui considerável potencial terapêutico.

Isso leva a se conceber que aquilo que traz dor e sofrimento ao sujeito não deve ser tratado apenas como informação a ser transmitida ou padrão a ser modificado, nem restrito a uma “correta” e “precisa” visão objetiva, como fundamentado pelos exames: deve, antes de tudo, ser qualificado numa rede de processos, objetos, práticas e pessoas que proporcionem uma produção subjetiva terapêutica, em termos emocionais e simbólicos, para sua condição. Certamente, tal proposta não deve ser confundida com a mera mudança ambiental, como se algumas variáveis isoladas pudessem modificar o contexto, como no caso da pintura das paredes da enfermaria, comum em alguns hospitais. Trata-se muito mais da mudança na qualidade das relações do contexto, para que favoreçam um acolhimento efetivo e afetivo do outro e de sua rede social, a autonomia do sujeito, a mobilização

de seus recursos e uma perspectiva em que o problema possa, de alguma forma, ser trabalhado, mesmo quando a cura, enquanto remoção definitiva de sintomas, não é mais possível.

Assim, vale destacar que a proposta de construção de soluções desenvolvida no caso de Joana não deve ser considerada enquanto negação do sofrimento, mas como criação de um contexto capaz de acessar e mobilizar seus recursos, focando sua potencialidade para que seu sofrimento seja tratado em sua singularidade. Isso conduz a algumas considerações sobre como os processos configurados enquanto sofrimento, tais como a dor, o medo de dormir no quarto e a própria desconfiança quanto ao terapeuta (“mais um doutor para querer me tratar”) foram qualificados neste contexto. A princípio, foram associados, no espaço da psicoterapia, a toda uma rede de processos com outra significação, num clima relacional afetivo e lúdico: as dores foram ligadas, entre sugestões que evocavam a produção simbólica e a sensorialidade, ao arco-íris, às brincadeiras e às músicas do violão; o terapeuta, ao duende verde e mau; e o medo dos bandidos, ao clima de segurança proporcionado por aquele contexto e pelos pais de Joana.

Em cada uma dessas situações, há um *movimento temporal* importante em termos de uma seqüência de experiências propostas cujo intuito é o de reconfiguração destes núcleos subjetivos. Assim, as dores passam por uma seqüência de viagens divertidas e músicas que terminam de modo muito feliz para ela, que não as sente mais naquele momento; o duende verde é ligado ao terapeuta e, aos poucos, se torna uma figura engraçada, com quem ela poderia brincar, e o medo dos bandidos é situado numa seqüência em que é qualificado e reconhecido, mas em que se dilui face à proteção e ao aconchego dos pais. Esse direcionamento proporciona um processo de construção de soluções por envolver tanto possibilidades concretas para o sujeito (posto que não se tratam de soluções ilusórias ou distantes de seu mundo subjetivo), com o engajamento ativo dos protagonistas envolvidos (terapeutas, sujeito e pessoas da rede), quanto algo que é de fundamental importância para um tratamento em Clínica e em Saúde – uma perspectiva de futuro.

Tais considerações levam à concepção de que há toda uma rede de transmissões invisíveis além daquilo que o profissional de saúde expressa verbalmente para o paciente sob seus cuidados. Disto, decorre que os problemas de comunicação não se restringem à transmissão de informações,

mas a toda uma disposição subjetiva que é passada para o outro, e que pode se destacar como aquilo que é “*mostrado*” (NEUBERN, no prelo) ao sujeito através, principalmente, de uma série de sinais e de ações que denunciam a atitude dos profissionais. A reflexividade aqui destacada, portanto, não se refere apenas a um problema de eficácia, mas a um convite aos profissionais para um mergulho interior em que suas disposições subjetivas frente a suas práticas e seus pacientes, como também frente à sua profissão, sejam colocadas em pauta, tanto em relação aos seus trabalhos de crescimento pessoal quanto no que diz respeito às suas trajetórias profissionais. Apenas a partir daí é possível desenvolver coerência nas técnicas e nos procedimentos adotados, bem como nas atitudes assumidas no processo relacional.

Dito isto, vale considerar que a proposta de um contexto de promoção de saúde não deve se qualificar dentro de uma ótica maniqueísta, que conceba apenas as potencialidades, desprezando as diferentes expressões de sofrimento, ou que confira uma ênfase acentuada sobre os problemas e as incapacidades, mesmo que seja com o intuito de preveni-los. No primeiro caso, típico das influências de autoajuda comuns na atualidade (DEMO, 2001), há um menosprezo das produções subjetivas ligadas ao sofrimento (que também são produtoras de sentido), e que precisam ser qualificadas e reconhecidas para que o vínculo se constitua. Não raro, essa ênfase no “pensamento positivo” se transforma em poderosa forma de manipulação, em que a instituição e os profissionais procuram mascarar as contradições cotidianas presentes nas relações e nas práticas oferecidas aos pacientes. No segundo caso, os profissionais desconsideram que a ênfase prestada aos problemas, mesmo com a proposta de prevenir sua manifestação, pode se constituir como uma forma de evocá-los e de reforçá-los ainda mais, posto que as práticas, ações e propostas parecem ainda girar em termos de uma lógica de problema e de incapacidade.

Construir um contexto de promoção de saúde requer, portanto, uma lógica na qual seja possível qualificar o sofrimento do outro, reconhecendo seus impactos pessoais e sociais, mas dentro de um conjunto de influências que evoquem as potencialidades presentes no sujeito, em sua rede e mesmo em processos macrossociais, como, por exemplo, sistemas culturais de crença. Essa influência, comumente destacada na hipnose (ERICKSON, 1986; NEUBERN, 2012C; ROUSTANG, 2006), se constitui muito mais

em uma forma de convite ao sujeito, e que envolva o reconhecimento de sua capacidade proativa, para que tome assento e assuma sua responsabilidade perante seu processo terapêutico. Uma criança como Joana torna-se também sujeito, e possui um papel decisivo em seu tratamento, posto que este papel lhe é proporcionado por um reconhecimento efetivo que lhe é mostrado (e não simplesmente dito) por meio de toda uma série de disposições e de situações propostas para que se situe de modo ativo e competente em seu processo.

Ao mesmo tempo, esta lógica remete a outra proposta epistemológica que foge ao objetivismo moderno (NEUBERN, 2010), e que diz respeito a como se torna possível a reconstrução da realidade ao se destacar outros aspectos de sua constituição, promovendo novas formas de associá-los em organizações mais amplas. Não sem razões as dores, medos e sofrimentos de Joana foram associados a outros processos de seu próprio mundo, o que permitiu sua reconfiguração e o surgimento de novas possibilidades de futuro. Desse modo, como a saúde deixa de se centrar na eliminação da doença, o problema se torna um momento da vida da pessoa, que precisa ser cuidada como um todo em vários outros sentidos importantes para seu cotidiano e para a construção de novos destinos.

Parcerias

À medida que a Medicina se orienta sob a lógica do pensamento moderno, as práticas de saúde são caracterizadas por uma hierarquização em que o saber médico é não apenas superior aos demais saberes, mas possui o poder de desqualificá-los em suas lógicas e procedimentos (NATHAN; STENGERS, 1999; STENGERS, 2001). O atendimento médico num serviço de saúde de uma paciente com lúpus, por exemplo, geralmente deve ser povoado apenas por idéias, práticas e seres produzidos pela Medicina, de maneira que os representantes típicos de outros saberes (rezas, ervas, espíritos) são profundamente marginalizados, seja pela reprovação explícita, seja por meio da objeção sutil que os qualifica como simples crendices. Essa lógica de desqualificação, presente também em muitas práticas psicoterápicas (NATHAN, 2001; 2007), faz com que o atendimento em questão seja algo restrito à responsabilidade do médico, que deve compreender cientificamente a situação, propor e efetivar intervenções e exa-

mes, e transmitir ao paciente corretamente as informações. A este, cabe o papel de cumprir com o que lhe é transmitido, não importando o que pensa e o que o motiva, pois o que realmente vale são as metas de cura ou de melhoria estabelecidas objetivamente pelo médico.

Entretanto, a exclusividade epistemológica dominante nas práticas de saúde costuma possuir conseqüências nem sempre favoráveis ao tratamento de pessoas com problemas crônicos. Ao mesmo tempo em que pode se configurar como uma desqualificação dos saberes culturais, ponto que merece grande consideração em um país diverso como o Brasil, tal exclusividade pode redundar em processos de estigmatização em nada úteis e éticos para o tratamento dos sujeitos, como os termos associados à loucura e à sexualidade (NATHAN, 2001; 2007). Em muitas práticas de saúde, a pessoa deve se despir de suas experiências e de seus saberes culturais, sobretudo espirituais, e adentrar os consultórios como um ser a-cultural, sem alma, sem qualquer forma de pertencimento social, tal como os cadáveres utilizados há séculos como base dos estudos médicos. Além do desconforto ligado ao segredo que o paciente se vê obrigado a criar, e que o impede de se expressar e de se mover livremente pelo espaço do atendimento, tal cenário pode favorecer a produção de riscos à adesão ao tratamento, principalmente quando os diferentes saberes entram em conflito sobre a compreensão e as propostas de intervenção envolvendo a doença.

No entanto, quando consciente e prevenida de seus riscos de imposição colonialista, a psicoterapia pode se estruturar como um espaço de parceria e de negociação com outras formas de saber e de intervenção de diferentes nichos culturais, deforma a criar um campo de diálogo (NEUBERN, 2012c; 2013).

Mima, cinquenta e oito anos, buscou a psicoterapia em um acentuado estado de crise emocional, com pensamento desorganizado, crises cíclicas e intensas de angústia, e certa ameaça de fragmentação psíquica, quadro que poderia classificá-la como em uma profunda melancolia (BINSWANGER, 2005). Temia a ajuda psiquiátrica, alegando que ser taxada de louca e ser dopada apenas a atrapalharia, e pediu ao terapeuta que não fizesse uso de tal recurso, com que ele concordou desde que houvesse melhora em seu estado. O motivo primeiro de sua busca foi a separação de seu marido, a quem havia flagrado com uma amante. Mima trouxe também um histórico de muitos maus-tratos em sua família de origem, que a havia adotado

ainda muito pequena. Sentia-se distante dos filhos, estava desempregada, possuía rede social pobre e pequena, se sentia só e isolada, e dizia que sua vida não possuía mais qualquer sentido. Durante os dois primeiros anos, a psicoterapia se desenvolveu nos moldes típicos, com atendimentos semanais de duas horas, e rendeu bons resultados em termos de sua reorganização psíquica e de um impacto de considerável melhoria para suas crises cíclicas e intensas de angústia. Em seguida, logo que seu divórcio foi oficializado, dois episódios interessantes marcaram seu processo: a emergência de fortes dores pelo corpo, apontando para doença autoimune de diagnóstico indefinido, e a comunicação espontânea de seres espirituais (autointitulados “Mestres Orientais”) através de sua voz durante os tranSES hipnóticos. Após alguns meses, os atendimentos passaram, assim, a acontecer em sua residência, tanto devido a sua dificuldade de locomoção (já havia caído duas vezes ao descer do ônibus), como por maior necessidade de tempo para os tranSES com expressões espirituais, mais longos e desgastantes do que o habitual. O processo psicoterápico, a partir de então, se desenrolou de modo inteiramente distinto, abrindo espaço para a comunicação com os Mestres, que se permitiam ser estudados pelo grupo de pesquisa, formado por mim, psicólogo responsável, outros psicólogos e alunos, e também trazer saberes de seu mundo espiritual com o intuito de aproximar ciência e espiritualidade. Os conhecimentos que traziam sobre a psique, as demonstrações de poder que, inesperadamente, apresentavam (como telepatia e premonição) e o impacto de cura de suas intervenções (aliviando dores e sintomas de Mima) abriram espaço para um campo de diálogos com a equipe que possuiu importantes conseqüências para a psicoterapia. Por um lado, a equipe estabeleceu estratégias de cuidado, acompanhando Mima, quando possível, às unidades de saúde para exames e tratamentos, além dos momentos individuais de psicoterapia. Isso se justificou principalmente porque não se obteve, junto à rede de saúde, um profissional médico que servisse de referência para mediar seus contatos com outros profissionais e serviços. Por outro lado, ao mesmo tempo em que suas crises ficaram cada vez mais espaçadas e com menor impacto, sua vida passou a ter outro sentido (a de auxiliar neste diálogo entre ciência e espiritualidade), suas dores apresentaram considerável alívio (inclusive nos momentos de tranSE) e, a partir do convívio com os membros da equipe de pesquisa, suas habilidades sociais foram significativamente modificadas, permitindo melhor qualidade de socialização para ela. Mesmo que o quadro da doença tenha avançado com o tempo, lhe impondo maiores limitações de movimento, ela se sentiu cada vez melhor consigo mesma.

Os Saberes dos Outros

A proposta de parceria levantada por semelhante contexto, criado por dispositivos psicoterápicos específicos (ERICKSON; ROSSI, 1979; NEUBERN, 2012c; 2013), possui facetas diversas e significativas. Primeiramente, há uma proposta de qualificação e reconhecimento do saber dos outros, um saber que difere da perspectiva moderna de ciência e possui importância central na vida das pessoas que vivem sob sua influência e sua inspiração (NATHAN, 2001; 2007). Tal reconhecimento, já destacado de diferentes maneiras por outros autores (AKSTEIN, 1970; RICHEPORT, 1994), não deve passar por uma perspectiva de tradução, como se suas idéias, técnicas e intervenções necessitassem ser reconhecidos dentro da articulação lógica de conceitos e significados de um saber moderno, como a psicoterapia. Um espírito ou Mestre não deve ser traduzido para noções caras a muitos psicoterapeutas, como projeção inconsciente para suprir demandas parentais, mecanismo de defesa, produção imaginária ou alucinação, uma vez que se constituem em seres articulados com outros maquinários⁴ culturais (DELEUZE; GUATTARI, 1980), em que encontram sua lógica e seus sentidos próprios, e que não se encaixam nas lógicas e nos significados modernos dos psicoterapeutas (NATHAN, 2001).

Semelhante tentativa de imposição de um termo originário de outra lógica para explicar esta ordem de fenômeno consiste, portanto, muito mais numa relação de força do que num diálogo científico, pois o procedimento de nomear essas realidades a partir de outras perspectivas não lhes permite uma oposição capaz de constranger o que foi dito a seu respeito, isto é, de criar um contexto em que o empírico possa colocar em risco o saber do psicoterapeuta através do questionamento. No caso específico de Mima, esse jogo de forças emergiu de forma muito curiosa sob a orientação dos Mestres. Não eram apenas suas teorias que traziam importantes questionamentos sobre as teorias psicológicas e as relações entre espiri-

4 Maquinários são grandes sistemas culturais que fabricam seres com estatuto de realidade, e que envolvem práticas, técnicas, formas de transmissão, conceitos e dispositivos acionados por seus especialistas.

Assim como a ciência possui seus seres (como o elétron e a molécula de NaCl, por exemplo), os saberes espirituais também possuem os seus (como espíritos, deuses e santos).

tualidade e ciência. De fato, ao se referirem a uma “*personalidade-alma*”, uma dimensão profunda da personalidade desenvolvida em torno de várias reencarnações, e que entraria em conflito com a constituição do ego atual e com as forças sociais da vida de um indivíduo, emergiram no grupo de pesquisa discussões muito significativas sobre importantes questões da Psicologia (GONZALEZ REY, 2007; MORIN, 2001; NEUBERN, 2004), como os processos constitutivos e construtivos da subjetividade, as diferentes e múltiplas facetas da formação da identidade, e até que ponto seria possível conceber uma essência humana. Apesar de se originarem em outros sistemas de saber, tais propostas incidiam sobre questões teóricas e metodológicas de grande relevância, trazendo ao grupo a abertura de possibilidades de reflexão crítica muito importantes e nem sempre comuns nos cenários acadêmicos atuais.

Contudo, o que pareceu marcar com maior profundidade esse jogo de forças, essa recalitrância, como diria Nathan (2001), foi toda uma pedagogia de questionamentos por parte dos Mestres sobre a atitude dos membros da equipe quanto ao que seria se tornar ou não um psicólogo. Os questionamentos, geralmente feitos de forma metafórica, bem próximos da linguagem hipnótica (ERICKSON; ROSSI, 1979), em torno de uma situação problema colocada por eles ou de uma prescrição de tarefas (como a preparação de um estudo por parte de um membro do grupo) giravam em torno de uma reflexividade sobre as atitudes de cuidado e rigor científico de um psicólogo frente a seus pacientes. Haveria coerência entre aquilo que um membro da equipe falava e o que ele sentia acerca daquele tema específico? Suas atitudes de preparação da atividade estariam coerentes com o que ele realmente pensava? A consideração com o trabalho, a fidelidade a ele, os valores que trazia estavam em consonância com as atividades cotidianas, com os colegas de equipe e na relação com os saberes acadêmicos? Esse tipo de reflexão, sempre feito de forma cuidadosa, levava não apenas a mudanças semestrais na composição do grupo (posto que os membros decidiam permanecer ou sair), mas também a um efeito significativo naqueles que permaneciam, que se tornavam mais reflexivos e coerentes com a singularidade de suas próprias produções subjetivas. Sem dúvida, foi importante o grupo poder notar o crescimento nada desprezível de seus diferentes membros em importantes setores de suas vidas profissionais e pessoais, algo relatado como muito terapêutico por eles.

Esses dois pontos trazem à tona importantes aspectos da parceria em saúde destacada pelos dispositivos psicoterápicos (NEUBERN, 2012c). A princípio, não se trata de mera questão filantrópica considerar o que os outros trazem como saber, pois isto com frequência significa a separação entre aqueles que sabem em termos modernos (no caso, os profissionais respaldados pela ciência) e aqueles que possuem apenas crenças (as pessoas usuárias do serviço) (LATOURET, 1991), isto é, aqueles que possuem conhecimentos pueris, de valor puramente psicológico, comparáveis a um placebo. O espaço terapêutico, enquanto espaço de saúde, deve ser um espaço em que os saberes dos outros sejam levados a sério, considerados dignos de interesse, compreendidos em suas formas particulares de legitimidade, qualificados nos modos como interpelam e vêm a realidade; em suma, deve ser um espaço de aceitação do impacto concreto que possuem na vida das pessoas que deles partilham. Nesse caminho, é inevitável que tais saberes levem os profissionais a repensarem suas bases teóricas e epistemológicas, posto que eles podem apontar suas contradições, rever suas lógicas e propor novas soluções conceituais e técnicas para a lida com semelhantes realidades. O pensamento científico, como o que deveria fundamentar as práticas e as políticas de saúde, não deve temer nem se furtar a este tipo de confronto, necessário para que avance e para que se reinvente, de modo a fugir ao dogmatismo – sintoma mais indicativo do autoritarismo científico e institucional.

De outra parte, além dessa reflexividade teórica, tal recalcitrância envolveu também outro aspecto fundamental desse processo de parceria das práticas de saúde – a reflexividade do profissional quanto à sua própria subjetividade (NEUBERN, 2012c). O problema aqui não toca apenas questões-chave das práticas de saúde, como a formação e a qualidade de vida dos profissionais, mas principalmente a necessidade de se considerar a subjetividade do próprio profissional como o principal instrumento pelo qual ele pode qualificar o que pensa, como articula suas idéias e como dá vida a suas teorias, bem como suas maneiras de se dirigir ao outro enquanto forma de cuidado. Ao mesmo tempo em que o membro da equipe é levado a se questionar, em termos espirituais e culturais, sobre seu próprio nicho de pertencimento, seu *ethos*, é aberto o espaço para que tais temáticas sejam colocadas na pauta de suas atuações com relação aos pacientes em termos do que seria uma ética do cuidado. Assim, de mera aplicação

instrumental de procedimentos e ferramentas (como drogas, técnicas e informações), a prática de saúde se torna uma prática clínica de cuidado, em um sentido amplo do termo, uma prática de um acolhimento efetivo e coerente da alteridade, envolvendo pessoas que trazem seus próprios mundos de pertencimento cultural; em suma, se torna de uma das mais profundas formas de possibilidade existencial, que é o encontro. Sem sombra de dúvida, tais ingredientes compõem, como diriam poeticamente os Mestres, uma forma coerente de se conceber a espiritualidade na própria ciência, tema que tem chamado a atenção de muitos autores (DEMO, 2008; NEUBERN, 2013; VASCONCELOS, 2011).

As Redes Sociais

A construção do contexto psicoterápico deste caso traz à tona uma questão fundamental para a saúde: o problema das redes sociais. De fato, quando há a possibilidade de uma mobilização efetiva das redes sociais, com seus saberes, atores e instituições, o cuidado desenvolvido em torno de uma pessoa pode ser muito mais proveitoso em diversos sentidos, notadamente por toda uma proteção e atenção que envolve múltiplas dimensões do cenário desta pessoa, bem como de sua demanda específica (NATHAN, 2007). Entretanto, as perspectivas das redes, quando enrijecidas, esbarram nas limitações sociais em torno de temáticas como as que envolvem as diferentes situações de cronicidade, muitas vezes caracterizadas pela fragmentação dos laços sociais e institucionais, e que colocam as pessoas em situações de grande vulnerabilidade.

A idealização em torno da noção de rede social, tão comum na perspectiva de muitos profissionais, como se elas se constituíssem como entidades reificadas, naturalmente disponíveis a colaborar com as necessidades dos sujeitos, pode criar problemas consideráveis a profissionais e a pacientes, principalmente por não condizer com as contradições sociais e subjetivas que compõem as realidades de seus contextos de vida. A ruptura dos laços dos pacientes crônicos com seus respectivos nichos de pertencimento familiar e social muitas vezes passa por temáticas difíceis de serem abordadas, e que envolvem situações de violência, miséria, estigmas da própria doença, rejeição, abuso sexual, interesse financeiro, desemprego, delegações familiares destrutivas, homofobia, racismo, dentre outros, que

fazem com que tais pacientes concebam as relações com seus respectivos nichos como irreconciliáveis.

Assim, a condição de autonomia muitas vezes é mistificada por profissionais de saúde (e psicoterapeutas em particular), enquanto uma forma de autossuficiência, em que um “*eu*” todo poderoso faz com que o sujeito possa dispensar as redes de cuidado o quanto antes e, de forma um tanto idealizada, se tornar senhor absoluto de seu destino. Uma entidade assim substancializada, festejada por agentes e instituições, e apontada como modelo para os pacientes, ao mesmo tempo em que apregoa uma pretensa emancipação, se coaduna profundamente com o senso individualista, a falta de comprometimento social e a superficialidade de vínculos afetivos e éticos nas relações com os outros, aspectos típicos da subjetivação da identidade e das relações nas sociedades contemporâneas (BAUMAN, 2008).

Esta idealização, fruto de um pensamento reificado e da ausência de espírito de pesquisa das situações singulares (ERICKSON, 1986; GONZALEZ REY, 2005; MORIN, 2001), consiste numa impossibilidade para as situações de cronicidade, em que a noção de cura enquanto remoção definitiva de um quadro patológico deve ser substituída por uma noção de relação em que o *cuidado* se torne o eixo central. Sob essa perspectiva, a melhora se constitui como possibilidade de melhor qualidade de vida e de produção de sentidos, mesmo com as limitações impostas pela doença crônica, em que o foco se volte para a promoção de saúde e para o reconhecimento das potencialidades, e em que a autonomia buscada pelo profissional não seja abandono ou dispensa (o que muitas vezes é uma forma de não se assumir responsabilidades com pacientes tidos como “sem solução” ou “complicados”), mas a mobilização do sujeito para a lida com as diferentes exigências de suas demandas. Dessa forma, a convivência é concebida como uma necessidade terapêutica e não como manutenção de dependência; em suma, o contexto de saúde se torna um espaço em que a rede é caracterizada pela riqueza e pela consistência de seus vínculos, ao invés de um distanciamento individualista e descompromissado, em termos éticos e afetivos, com relação ao outro.

Em outras palavras, a ética *do cuidado* passa não apenas por um acurado espírito de pesquisa, que leve o profissional a navegar pela singularidade do sujeito e do contexto que compartilha com a pessoa (ERICKSON, 1986; NEUBERN, 2010), mas também por uma lógica de *responsabilida-*

de e de *dedicação* ao outro. Se é correto conceber que o profissional não pode se tornar um filantropo que se entregue a atender as necessidades do outro sem qualquer obrigação científica ou profissional, abrindo mão de suas atribuições e papéis nesse sentido, ele também não pode se encastelar no comodismo de um papel com limites rígidos e esvaziados de sentido, estabelecidos por instituições e saberes insensíveis às realidades dos pacientes, e muito aquém das necessidades complexas e de difícil abordagem trazidas por pessoas com problemas crônicos. Apenas aprendendo a se portar sob a inspiração da ética *do cuidado* em sua lógica de *dedicação* ao outro, em que a prática de saúde se configura como uma prática de perseverança e de vínculo, o profissional tem condições de pensar quais podem ou não ser os limites de sua atuação.

No caso de Mima, além das necessidades psíquicas de um funcionamento melancólico muito específico (BINSWANGER, 2005), que poderiam demandar em si mesmas uma psicoterapia de longa duração, havia uma situação de considerável vulnerabilidade social, fosse pela rejeição dos filhos e familiares, que se recusavam a acolhê-la e a se interessar por sua situação, fosse pela precariedade dos serviços de saúde e de atenção social em que ela buscava ajuda. O próprio fato de não ser considerada idosa (por não contar mais do que sessenta e cinco anos) mais de uma vez lhe foi apontado como motivo para não receber assistência médica e jurídica, conforme o Conselho do Idoso. Assim, a ausência de um médico de referência, que pudesse mediar junto a outros médicos as diferentes intervenções de medicamentos e procedimentos, a fragmentação dos serviços, a marcação e a desmarcação sem aviso prévio de suas consultas (que a fizeram perder várias entrevistas médicas, procedimentos e exames), suas dificuldades acentuadas de locomoção, a ineficácia dos procedimentos propostos⁵, a ausência quase que completa de troca de informações entre

5 Em certa ocasião, Mima, com profundas dores pelo corpo, travou o seguinte diálogo com uma residente do hospital onde conseguimos atendimento. R: “A senhora não está tomando mais os remédios? Por quê? Não quer ficar boa?” M: “Estou tomando há quinze dias e só fico dopada. Não consigo fazer nada por causa deles. Mas diga-me uma coisa: Vou ficar boa? Fibromialgia tem cura? Vocês não me disseram isso.” R: “Não, mas a senhora tem que se tratar.” M: “Mas não tá surtindo efeito algum. E vivo só. Como vou cuidar de mim se fico grogue? É só isso o tratamento que o hospital pode me oferecer?” Este diálogo ocorreu após o médico responsável ter aceito recebê-la num encaixe quando de nossa tentativa de

profissionais e unidades e o descaso e o despreparo de muitos profissionais trouxeram-lhe uma carga a mais de sofrimento, e foram “*mostrados*” enquanto mensagem de abandono, que poderia ser decisiva em termos de um destino trágico que ela mesma previa ao buscar ajuda psicoterápica alguns anos antes.

Desse modo, o que se passa com Mima, como com muitos pacientes em diferentes situações de cronicidade, leva a considerar que a fragmentação da rede familiar e a precariedade das redes institucionais de serviço demandam outras atitudes dos profissionais para que a construção desse contexto de proteção se torne viável. Se não é possível uma perspectiva idealizada das redes sociais, como se estas fossem sempre viáveis, entidades substancializadas necessariamente disponíveis a colaborar, a psicoterapia pode se constituir como um *espaço de referência central* que se responsabilize pelo sujeito, dentro de certos parâmetros, e que proporcione uma ação social de negociação possível para a construção de um contexto social de cuidado mais amplo, voltado para a singularidade daquele cenário subjetivo e concreto de realidades e de necessidades.

Assim, ao resolver adotar Mima, por assim dizer, como paciente, a equipe proporcionou a construção de um contexto complexo de convivência que pudesse abrir caminhos em duas grandes frentes de trabalho para suas necessidades. Nesse sentido, as sessões individuais de psicoterapia, por uma ou duas vezes por semana, e os frequentes acompanhamentos por algum membro da equipe a hospitais e a postos de saúde, se configuraram como estratégia fundamental, que visava fazer daquele espaço uma referência central de convivência e cuidado para Mima. Tratava-se de maneiras de oferecer condições para a produção de uma qualidade subjetiva diferenciada de seu contexto terapêutico, capaz de lhe oferecer cuidado, proteção e exercício de sua autonomia nas possibilidades de negociação

buscar ajuda médica para ela. Segundo ele, ela não seria o pior caso, pois não parecia estar sofrendo tanto, já que estava maquiada e bem vestida. A próxima consulta ocorreria apenas em três meses (caso pudesse encaixá-la de novo), apesar de suas dores serem diárias e de ela possuir outras necessidades graves (como os de exames que pudessem conferir uma hipótese de câncer no ovário, elaborada há quase um ano). Após buscarmos outra via pelo sistema de saúde, conseguimos, por fim, que tais exames fossem realizados, e que tal hipótese, felizmente, fosse descartada.

e socialização com os outros. Desse modo, os momentos individuais de psicoterapia revestiam-se de um sentido especial para ela, tanto por proporcionar o aprofundamento em questões que ela optava por não partilhar com o grupo, como pela própria experiência de transe hipnótico, que promovia considerável alívio de suas dores, impacto profundo na reorganização de suas emoções e um contato especial com sua espiritualidade.

Entretanto, ao mesmo tempo, o espaço de convívio com o grupo em atividades específicas proporcionou a retomada das possibilidades de vinculação e negociação com o outro, antes comumente marcados por rompantes emocionais e por rupturas sem volta. Essa mistura de momentos individuais e grupais proporcionou o resgate de papéis importantes de sua história (como pesquisadora e mediadora espiritual), contribuindo na desconstrução dos estigmas de louca e doente, e também favoreceram a produção de sentidos subjetivos partilhados, a vinculação afetiva, o espaço de importância que tais protagonistas passavam a ocupar nas vidas uns dos outros e os diferentes momentos de cuidado mútuo entre os membros da equipe e a própria paciente⁶. Não sem razões suas crises se espaçaram, se tornando bem menos devastadoras, suas capacidades de socialização e de vínculo progrediram significativamente, e sua vida passou a contar com novas possibilidades de sentidos subjetivos para o futuro (*“Minha vida até aqui não foi vã, deixei algo para alguém. Posso olhar pra frente agora, com olhos espirituais”*), antes ocupado apenas pela perspectiva de isolamento e morte em um asilo qualquer da cidade.

No entanto, a base afetiva deste espaço de referência proporcionou ainda o trabalho com outra faceta importante de suas necessidades: os cuidados médicos. Isto porque todo o conjunto de circunstâncias já descritas dos serviços de saúde disponíveis no Distrito Federal poderiam levá-la facilmente a uma atitude pessimista, cujos frutos poderiam ser altamente negativos para ela, fosse por confirmar o lugar de desistência e de aban-

⁶ À medida que este processo avançou, os papéis que Mima desenvolveu como pesquisadora e intermediária com o mundo espiritual também puderam, em momentos específicos, ajudar alguns membros da equipe, fosse com um trabalho de pesquisa, fosse pelos conselhos espirituais dos Mestres. Isso se constituiu como uma base para que ela pudesse começar a estabelecer outras relações fora do grupo, como nas orientações a outros alunos.

dono, corroborando a herança familiar de não possuir direito de filha, por ser adotada, fosse pelos riscos efetivos de agravamento de seu quadro orgânico (NEUBERN, 2013). O cenário parecia, nesse sentido, não ser nada favorável, principalmente pela inexistência de profissionais que se dispusessem a um trabalho mais amplo de responsabilização mútua, e que se permitissem a construção de uma rede de atenção assídua e sistemática sobre a situação de Mima, numa lógica de cuidado em rede que pudesse lhe assegurar proteção e acolhimento em diferentes sentidos.

Tais circunstâncias trouxeram reflexões importantes no tocante à construção de uma postura de reivindicações em que Mima, ao invés da habitual desistência, pudesse buscar possibilidades de tratamento junto aos serviços, com a ajuda da equipe, numa atitude de *reconhecimento de direitos* que, historicamente, lhe haviam sido negados. Assim, as diversas contrariedades com que se deparava em suas idas e vindas aos serviços de saúde (os atrasos, as desmarcações sem aviso, as remarcações sem justificativa plausível, as perguntas e comentários inconvenientes, sem contar a dor e o mal-estar de determinados procedimentos) eram acolhidas num processo de contextualização de seu histórico, mas principalmente de seu novo cenário de vida, marcado por nova qualidade de produção de sentidos e de outras perspectivas de futuro.

As reclamações, portanto, derivadas do descaso geral do sistema e de certos profissionais não redundavam, assim, em desistência e em depressão, mas em uma indignação construtiva que a fazia persistir na relação com os serviços por uma *questão de direito*. Casualmente ou não, tal persistência acabou redundando na localização de profissionais (médicos e enfermeiros) que, apesar de não se engajarem num processo de acompanhamento conjunto com nossa equipe, se dispuseram a acompanhá-la mais de perto e a oferecer serviços de grande relevância para suas necessidades.

Em Que a Psicoterapia Contribui Para a Saúde?

Para que possa se posicionar coerentemente perante os desafios de um campo complexo como a saúde, a psicoterapia não pode se degenerar enquanto prática. Ela não pode alimentar a dicotomia mente-corpo, alienando-se no primeiro e legando o segundo a outros profissionais (NA-

THAN, 2007), de modo a nutrir ainda mais a fragmentação já existente entre diferentes práticas e saberes. Não pode se constituir como campo cativo dos médicos que, por vezes, procuram utilizá-la na mesma lógica do medicamento, visando puramente resultados técnicos. Não pode se constituir como prática burguesa, enrijecida e pobre (NICARETTA, 2012), se fechando nas paredes de um consultório elitista e se tornando uma prisão para o terapeuta e para o paciente. Não pode se posicionar a favor de um dos lados da pretensa polarização entre o pragmatismo frio e técnico dos médicos e o acolhimento humanista de psicólogos e de assistentes sociais. Não pode fugir à reflexão sobre suas bases, de modo a evitar os riscos de se converter num pensamento dogmático, distante da singularidade dos sujeitos e das intrincadas realidades de seus mundos (GONZALEZ REY, 2007; HOLANDA, 2012; ROUSTANG, 2001). A psicoterapia deve, portanto, se constituir como práxis interdisciplinar aberta e criativa, que se permita pensar suas raízes históricas e institucionais, e ao mesmo tempo dialogar com a complexidade do humano (NEUBERN, 2009). Buscando alimentar-se do novo, ela pode e deve ansiar pelos ideais de pesquisa do espírito científico e também por um legítimo encontro existencial, sendo um espaço possível para o encontro de almas, o que implica necessariamente o compromisso com o mundo social onde vivemos.

No que se refere às suas contribuições à saúde, é importante ressaltar que a psicoterapia não pode ser tomada puramente como “um campo para o trabalho emocional dos pacientes”, mas como uma práxis que pode contribuir significativamente para a construção de uma nova forma de se pensar e de se fazer saúde, ou seja, uma lógica que perpassasse suas filosofias e suas práticas. Uma contribuição nesse sentido, que talvez sintetize a proposta deste trabalho, é a de conceber *saúde como uma questão de convivência*. Isto porque a concepção da saúde como subjetividade (GONZALEZ REY, 2011), a qualificação do sujeito em seu papel ativo e a construção de um contexto de promoção de potencialidades (NEUBERN, 2010) só se tornam possíveis caso haja uma proposta que priorize as relações, favorecendo vínculos afetivos que permitam a troca e o acesso ao mundo do outro. A fibromialgia de Inês, a dermatite de Joana e a complexa situação de Mima tornaram-se vivências diferentes para elas justamente devido a um novo processo de convivência que se instalou em suas vidas e em seus cenários de origem a partir do contexto da psicoterapia. O que pensavam, sentiam e

faziam tornaram-se temas de interesse dentro de um espaço de intimidade e de recursos, e isto permitiu a transformação de entidades acerca de que apenas os médicos possuíam conhecimento em processos subjetivos de vida em que elas eram especialistas, a que diziam respeito e que se ligavam com pessoas de suas relações.

Isto não deve significar o abandono da busca de um conhecimento causal, como o que se dá na Medicina, mas apenas uma priorização da relação com os sujeitos e com os seus mundos, que frequentemente são excluídos em contextos onde a busca de causalidades orgânicas é o único foco de interesse. Interessar-se pelo outro, por quem ele é e pelo que faz sentido para ele é, desse modo, uma prioridade para as práticas de saúde que certamente deve fazer parte do papel de qualquer um de seus profissionais, principalmente em casos de crise (NEUBERN, no prelo) ou de serviços que exijam uma ação emergente e pontual. Esse tipo de rede, inspirada numa *lógica de cuidado*, dentro de uma rede profissional e social, não se restringe a serviços de Atenção Básica, mas precisa ocupar também um lugar prioritário junto a situações pontuais e invasivas como cirurgias, quimioterapia e radioterapia, procedimentos cujos efeitos na vida dos sujeitos costumam ser impactantes. Dessa forma, a proposta de tornar-se importante e presente no mundo dos pacientes não deve ser vista como uma situação a ser evitada por ser contrária ao profissionalismo neutro, mas como uma condição necessária para o desenvolvimento de um papel profissional ético e responsável. Temos tido a oportunidade de verificar tanto na psicoterapia quanto na saúde, junto aos profissionais mais bem-sucedidos e competentes, e também junto aos estagiários mais jovens e incipientes, que os pacientes também se tornam muito importantes para os profissionais por sua afetividade, por sua dedicação e pelas lições de vida com que os presenteiam.

Esta perspectiva situa, portanto, a saúde como um processo da vida cotidiana dos sujeitos, em que questões como medicamentos, sintomas, curas, hospitais e serviços possuem uma relação orgânica, mas não necessariamente causal, com o modo de pensar, viver, decidir, sentir e se relacionar das pessoas, o que aqui se designou como subjetividade (GONZALEZ REY, 2011). Esta, com frequência, tem sido atacada por profissionais de saúde, inclusive psicólogos, como uma concepção distante da objetividade do rigor científico, e inoperante frente às exigências de eficácia

da prática das rotinas complexas de contextos como os dos hospitais, por exemplo. Contudo, o que a psicoterapia mostra, a partir de casos como os aqui ilustrados, é que uma noção de saúde mais ampla, sem a qual a lida com temas como a cronicidade torna-se impotente, não pode se restringir a critérios biológicos, estatísticos e pretensamente objetivos, posto que temas subjetivados como o desemprego, a violência, a ajuda da família, as preocupações financeiras, as orações dirigidas a Deus, os projetos de vida, a morte e o direito de acesso aos serviços também são processos de saúde que precisam ser levados a sério como critérios de eficácia.

Mesmo quando a cura da doença não é mais viável, a possibilidade de o sujeito retomar as rédeas de sua vida, melhorar a qualidade de suas relações e de suas produções de sentido e poder reencontrar-se com o novo e com a alegria das pequenas coisas do cotidiano se constitui como um processo de saúde da mais alta pertinência, pois, como diria Mima, se torna possível conceber o que valeu a pena na vida até ali, e como se pode se posicionar frente a seu devenir. Mas, mais que isso, a discussão e a avaliação sobre eficácia não podem ser restritas a procedimentos em que o sujeito é uma fonte de informações, e o profissional é o detentor exclusivo do saber e dos instrumentos capazes de avaliá-las. O paciente e sua rede possuem um papel fundamental como protagonistas desse processo, pois, pelos saberes que possuem sobre si mesmos, talvez sejam, em alguma medida, os mais interessados e os mais capazes em avaliar os procedimentos e os serviços que acessam para cuidar de suas integridades e de suas próprias vidas.

Referências

- AKSTEIN, D. **Hipnologia**. Rio de Janeiro: Hypnos, 1970.
- BAUMAN, Z. **Does ethics have a chance in a world of consumers?** Cambridge: Harvard University Press, 2008.
- BINSWANGER, L. **Manie et mélancolie**. Paris: Puf, 2005.
- Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para a dor crônica**. Portaria nº. 1083, 02/10/2012. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.
- BRETON, D. **Expériences de la douleur**. Paris: Métailié, 2012.
- CSORDAS, T. **Body, Meaning, Healing**. New York: Palgrave/MacMillan, 2002.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mille Plateaux**: Capitalisme et Schizophrénie. Paris: Minuit, 1980.

- DEMO, P. **Dialética da felicidade**. Petrópolis: Vozes, 2001.
- DEMO, P. **Qualidade humana**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- ERICKSON, M.; ROSSI, E. **Hypnotherapy: an exploratory casebook**. New York: Irvington, 1979.
- ERICKSON, M. An introduction to the study and application of hypnosis in pain control. In: ERICKSON, M.; ROSSI, E. (Orgs.). **Healing in Hypnosis**. New York: Irvington, 1986. p. 217–278.
- GALLAGHER, S.; ZAHAVI, D. **The phenomenological mind**. New York: Routledge, 2008.
- GONZALEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**. São Paulo: Thomsom, 2005.
- GONZALEZ REY, F. **Subjetividade e saúde**. São Paulo: Cortez, 2011.
- GONZALEZ REY, F. **Psicoterapia, subjetividade e pós-modernidade**. São Paulo: Thomsom, 2007.
- HOLANDA, A. **O campo das psicoterapias: reflexões atuais**. Curitiba: Juruá, 2012.
- JOHNSON, M. **The meaning of the body**. Chicago: Chicago University Press, 2007.
- LAKOFF, G.; JOHNSON, M. **The philosophy on the flesh**. New York: Basic Books, 1999.
- LATOUR, B. **Nous n'Avons Jamais Été Modernes**. Essai d'Anthropologie Symétrique. Paris: La Découverte. 1991.
- MERLEAU-PONTY, M. **La structure du comportement**. Paris: Puf, 2005.
- MERLEAU-PONTY, M. **La phénoménologie de la perception**. Paris: Gallimard, 2008.
- MORIN, E. **La méthode V. L'humanité de l'humanité. L'identité humaine**. Paris: Seuil, 2001.
- NATHAN, T.; STENGERS, I. **Médecins et sorciers**. Paris: Synthélabo/Seuil, 1999.
- NATHAN, T. **Nous ne sommes pas seuls au monde**. Paris: Synthélabo/Seuil, 2001.
- NATHAN, T. **À qui j'appartiens? Écrits sur la psychothérapie**. Paris: Synthélabo/Seuil, 2007.
- NEUBERN, M. **Complexidade e psicologia clínica**. Desafios epistemológicos. Brasília: Plano, 2004.
- NEUBERN, M. Quem é o dono da psicoterapia? Reflexões sobre a complexidade, a psicologia e a interdisciplinaridade. In: CFP (Org.). **Ano da Psicoterapia**. Textos geradores. CFP: Brasília, 2004. p. 88–100.
- NEUBERN, M. Psicoterapia, dor e complexidade: construindo o contexto terapêutico. **Psicologia: Teoria & Pesquisa**, v. 26, n. 3, p. 515–523, 2010.
- NEUBERN, M. (2012a). Ensaio sobre a cegueira de Édipo: sobre psicoterapia, política e conhecimento. In: HOLANDA, A. (Org.). **O campo das psicoterapias**. reflexões atuais. Curitiba: Juruá, 2012a. p. 13–45.
- NEUBERN, M. Hipnose e sentidos físicos: sobre a reconstrução da experiência do sujeito. **Psicologia em Revista**, v. 18, n. 1, p. 119–133, 2012b.
- NEUBERN, M. O que significa acolher a espiritualidade do outro? Considerações de uma clínica entopsy. In: FREITAS, M. H. et al. (Orgs.). **Psicologia da religião no mundo ocidental contemporâneo**. Desafios da interdisciplinaridade. Brasília: Universa, 2012c. p. 85–104.
- NEUBERN, M. **Psicoterapia e espiritualidade**. Belo Horizonte: Diamante, 2013.

- NEUBERN, M. **Hipnose, subjetividade e dores crônicas**. Técnicas avançadas. Belo Horizonte: Diamante, no prelo.
- NICARETTA, M. Desnaturalizando o fim social da psicologia clínica. In: HOLANDA, A. (Org.). **O campo das psicoterapias**. Reflexões atuais. Curitiba: Juruá, 2012. p. 101-119.
- POLEJACK, L.; NEUBERN, M. Raimundo Nonato: pertencimento cultural e atenção clínica em saúde. In: NEUBERN; M. (Org.). **Hipnose, subjetividade e dores crônicas**. Técnicas avançadas. Belo Horizonte: Diamante, no prelo.
- RICHEPORT, M. Erickson's Approche to Multiple Personalities: a Cross-Cultural Perspective. In: ZEIG, J. (Org.). **Ericksonian Methods**. Levittown: Brunner/Mazel, 1994. p. 415-432.
- ROSSI, E. **The breakout heuristic**. Phoenix: ME Foundation, 2007.
- ROUSTANG, F. Tout fait ventre. In: DELOURNE, A. **Pour une psychothérapie plurielle**. Paris: Retz, 2001. p. 94-107.
- ROUSTANG, F. **Savoir attendre pour que la vie change**. Paris: Odile Jacob, 2006.
- STENGERS, I. Préface. Le laboratoire de l'ethnopsychiatre. In: NATHAN, T. (Org.). **Nous ne sommes pas seuls au monde**. Paris: Seuil/Synthélabo, 2001. p. 7-46.
- VASCONCELLOS, P. **A espiritualidade nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec., 2011.

Sobre os organizadores

Larissa Polejack

Psicóloga, Psicodramatista, Mestre em Psicologia Clínica (UnB), Doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (UnB), Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia (UnB) e Coordenadora do *Integra: Grupo de Estudos, Intervenção e Educação em Psicologia, Cronicidades e Políticas Públicas em Saúde*.

E-mail: larissapolejack@unb.br

Amanda Maria de Albuquerque Vaz

Psicóloga formada pela UnB.

E-mail: a.vaz08@hotmail.com

Pérolla Melo Goulart Gomes

Bacharel em Letras (UnB), Psicóloga Sanitarista, Especialista em Saúde da Família (UNA SUS) e em Saúde Coletiva (Escola de Governo/Fiocruz), componente do Grupo Integra.

E-mail: emaildaperolla@gmail.com

Victor Costa Wichrowski

Psicólogo (UnB), Graduando em Medicina (UniCEUB). Interesse acadêmico no campo de políticas públicas em saúde e na área de intervenção em crise e prevenção ao suicídio.

E-mail: victor.wichrowski@gmail.com

Sobre os autores

Amanda Chelski da Motta

Psicóloga, Gestalt-terapeuta. Especialista em Saúde da Família (UFSC), em Apoio em Saúde (UNICAMP) e em Psicologia Clínica. Coordenou as equipes de NASF na SES/DF por 2 anos e atualmente atua na Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (EAPSUS/Fepecs).

E-mail: amanda.sesdf@gmail.com

Amanda Maria de Albuquerque Vaz

Psicóloga formada pela UnB.

E-mail: a.vaz08@hotmail.com

Ana Paula Lima

Psicóloga, Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS), Especialista em Saúde e Trabalho (UFRGS). Psicóloga do Núcleo de Atenção à Saúde da Família de Porto Alegre.

E-mail: apaula.lima@uol.com.br

Beatriz Schmidt da Rocha

Psicóloga (UnB), realiza a formação em Psicodrama com Foco Psicoterápico na Associação Brasileira de Psicodrama (ABP).

E-mail: beatrizsdarocha@gmail.com

Cathana de Freitas Oliveira

Mestre em Psicologia Social (PUC/RS), Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase em Atenção Básica (ESP/RS), em Apoio em Saúde (UNICAMP). Trabalha como consultora/apoiadora para Política Nacional de Humanização.

E-mail: cathana.oliveira@gmail.com

Cristiane Holzschuh Gonçalves

Psicóloga, Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS), Especialista em Sistema Público de Saúde pela Residência Integrada em Sistema Público de Saúde com ênfase em Atenção Básica e Saúde da Família (UFSM).

E-mail: psicristianehg@yahoo.com.br

Domingos Sávio Coelho

Professor (UnB), desenvolve pesquisas sobre Cultura Surda a partir da produção visual de surdos (filmes de animação e livros imagem). Tem interesse nas teorias de Fritz Heider, Jan Smedslund e Nelson Goodman.

E-mail: dscoelho@unb.br

Eliane Maria Fleury Seidl

Psicóloga, Doutora e Mestre em Psicologia (UnB). Professora do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia (UnB)

E-mail: seidl@unb.br

Elisa Walleska Krüger A. da Costa

Membro da Associação de Saúde Mental do Cerrado (ASCER). Professora substituta (UnB). Doutora em Psicologia Clínica e Cultura.

E-mail: walleska@unb.br

Fernando González Rey

Foi professor titular e é decano da Faculdade de Psicologia (Universidade de Havana). Professor titular (Centro Universitário de Brasília) e Professor Associado Sênior (UnB).

E-mail: gonzalez_rey49@hotmail.com

Filipe Braga

Psicólogo (UnB), Mestre em Psicologia Clínica e Cultura (UnB). Psicólogo do Centro de Atenção Psicossocial II do Paranoá, Secretaria de Saúde do DF. Coordenador do Grupo de Extensão “ALOU:CURA do CONVIVER”, do Departamento de Psicologia Clínica e Cultura (UnB)

E-mail: filipewbraga@yahoo.com.br

Giselle de Fátima Silva

Psicóloga Clínica, Especialista em Psicologia Hospitalar (CFP) e em Hipnose Ericksoniana (IMHE/DF), título de distinção em Conhecimentos de Psico-Oncologia (SBPO), Mestre em Psicologia (PUCCAMP), Doutora em Educação (UnB), Chefe do Núcleo de Cuidados Paliativos da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

E-mail: giselle.fatima@gmail.com

Guilherme Souza Müller

Bacharel em Saúde Coletiva (UFRGS), Mestrando em Saúde Coletiva (UFRGS), profissional da área técnica de saúde mental na Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul.

E-mail: guisouzamuller@gmail.com

Ileno Izídio da Costa

Professor Adjunto do Departamento de Psicologia Clínica (UnB), Coordenador dos Grupos de Intervenção Precoce nas Psicoses (GIPSI), Personna (Estudos e Pesquisas Sobre Violência e Criminalidade) e do CRR-UnB/Darcy Ribeiro (Enfrentamento às Drogas). Coordenador-Geral do Curso de Especialização em Saúde Mental, Alcool e Outras Drogas, em parceria com o Ministério da Saúde e Presidente da Associação de Saúde Mental do Cerrado (ASCER).

E-mail: ileno@unb.br

Julia Monteiro Schenkel

Psicóloga, Mestranda em Saúde Coletiva (UFRGS), Especialista em Esquizoanálise e Análise Institucional (Fundação Gregório Barenblitt/Instituto Felix Guattari/MG), com Residência/ Especialização em Saúde Mental Coletiva (EducaSaúde/UFRGS).
E-mail: juliamonteiroschenkel@gmail.com

Leticia Quarti Soares

Psicóloga, Mestre em Educação (PUCRS), Especialista em Gestão do Tratamento de Usuários de Álcool, Crack e outras Drogas (UFRGS), Assessora da Área Técnica de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Porto Alegre (2011-2015).
Email: leticiaqs@sms.prefpoa.com.br

Lais Santillo Morais

Psicóloga (UnB). Pós-Graduanda em Psicodrama pela Associação Brasileira de Psicodrama.
E-mail: lais.santillo@gmail.com

Lara Percílio

Psicóloga (UnB). Residente Multiprofissional em Clínica Especializada Endocrinologia no Hospital Geral de Goiânia (HGG).
E-mail: larapercilio@gmail.com

Larissa Pedreira Durães

Psicóloga (UnB), cursa o Programa de Aprimoramento Profissional em Psicologia Hospitalar pelo Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo.
E-mail: larissapduraes@gmail.com

Larissa Polejack

Psicóloga, Psicodramatista, Mestre em Psicologia Clínica (UnB), Doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde(UnB), Professora Adjunta do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia (UnB) e Coordenadora do *Integra: Grupo de Estudos, Intervenção e Educação em Psicologia, Cronicidades e Políticas Públicas em Saúde*.
E-mail: larissapolejack@unb.br

Liane Beatriz Righi

Enfermeira, Sanitarista e Doutora em Saúde Coletiva (Unicamp). Docente do bacharelado em Saúde Coletiva (UFRGS).
E-mail: liane.righi@gmail.com

Luiz Felipe Castelo Branco da Silva

Gestor em Políticas Públicas e Gestão Governamental – Especialidade: Psicologia, atua na Atenção Primária à Saúde desde 2014.
E-mail: luizcbs@yahoo.com.br

Luiz Roberto Rodrigues Martins

Doutor e Mestre em Educação. Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental. Atua em projetos de pesquisa que investigam subjetividade nos processos de institucionalização de políticas públicas.
E-mail: luizrrmartins@gmail.com

Mairla Machado Protazio

Psicóloga, Mestranda em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), Especialista em Álcool e outras drogas pelo Centro de Estudos e Terapia de Abuso de Drogas (CETAD) da UFBA.
E-mail: mairla.protazio@hotmail.com

Marcelo Pedra Martins Machado

Psicólogo Sanitarista, Mestrando em Políticas Públicas em Saúde (FIOCRUZ-DF), Especialista em Saúde Pública (ENSP/FIOCRUZ), em Arte e Cultura na Saúde (IOC/FIOCRUZ), em Apoio Institucional (UNICAMP) e em Ensino em Saúde (IMS/UERJ). É Assessor Técnico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.

E-mail: marcelopedra@bol.com.br

Márcia Landini Totugui

Mestre em Psicologia Clínica e Cultura (UnB), articuladora de Políticas Públicas e Redes Voltadas para Álcool e outras Drogas pela Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD/MJ), bolsista da FIOCRUZ, colaboradora da Comissão de Saúde do Conselho Federal de Psicologia na temática “Álcool e outras Drogas” (2015).

E-mail: mltotugui@gmail.com

Maria Inês Gandolfo Conceição

Professora Associada do Departamento de Psicologia Clínica da Universidade de Brasília (UnB), Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB, Editora-chefe da Revista “Psicologia: Teoria e Pesquisa”, tesoureira da ABRAMD, Pós-doutora pela University of Toronto e pela UFF.

E-mail: inesgandolfo@gmail.com

Maria Izabel Tafuri

Professora Doutora em Psicologia Clínica (UnB); pesquisadora do Laboratório de Psicopatologia e Linguagem-IP-UnB; Orientadora de Dissertações de Mestrado e Teses de Doutorado; Pós-Doutoranda em Psicologia Clínica (USP).

E-mail: izabeltafuri@gmail.com

Marina Reis Nobre de Miranda

Psicóloga (UnB), Doula e Educadora Perinatal, com formação em Psicoterapia Ericksoniana pelo Instituto Milton Erickson de Brasília.

E-mail: nobremarr@gmail.com

Mário Francis Petry Londero

Psicólogo, Mestre e Doutorando em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), Especialista em Saúde Mental pela Residência Integrada em Saúde (GHC). Docente do curso de Psicologia (UNIVATES).

E-mail: francislonder@hotmail.com

Maurício S. Neubern

Professor Adjunto (UnB) e docente do PPG/PsiCC. Coordenador do Projeto CHYS “Complexidade, Hipnose e Subjetividade nas Relações Terapêuticas”. Pós-Doutorado (2015-2016) pela CAPES no “Centre Edgar Morin”, EHESS, Paris.

E-mail: mauricio.neubern@gmail.com

Melina Borges Martinho Freire

Psicóloga (UnB), desenvolve pesquisa relacionada à interface entre Psicologia, Políticas Públicas e Idosos.

E-mail: melina.freire@gmail.com.

Patrícia Loraine Miranda Ribeiro

Bióloga e estudante de Psicologia (UnB). Exerce a profissão de Doula e Educadora Perinatal (2011), é colaboradora da Rehuna no Distrito Federal, tutora em cursos de doula e educadora perinatal. Mãe do Pedro (2012), nascido em um parto natural domiciliar.
E-mail: engravidareparir@gmail.com

Paula Yumi Hirozawa

Psicóloga (UnB).
E-mail: yumi.hirozawa@gmail.com

Pérolla Melo Goulart Gomes

Bacharel em Letras, Psicóloga Sanitarista, Especialista em Saúde da Família (UNA SUS) e em Saúde Coletiva (Escola de Governo/Fiocruz), componente do Grupo Integra.
E-mail: emaildaperolla@gmail.com

Ricardo Burg Ceccim

Doutor em Psicologia Clínica, Professor Titular de Saúde Coletiva (UFRGS), Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (UFRGS).
E-mail: burg.ceccim@ufrgs.br

Simone Mainieri Paulon

Psicóloga, Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP), Docente dos Programas de Pós-Graduação de Psicologia Social e de Saúde Coletiva (UFRGS), Coordenadora do Grupo INTERVIRES de Pesquisa-intervenção em Políticas Públicas, Saúde Mental e Cuidado em Rede.
E-mail: simone.paulon@ufrgs.br

Sheila Giardini Murta

Professora no Instituto de Psicologia (UnB). Investiga o desenvolvimento, a avaliação, a difusão e a adaptação cultural de programas de promoção de saúde mental e prevenção a riscos para transtornos mentais para pessoas em diferentes fases do ciclo de vida.
E-mail: sheilagmurta@gmail.com

Thauana Nayara Gomes Tavares

Estudante de Psicologia (UnB), cursa Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental (Capacitar – Brasília).
E-mail: thauanatavares@gmail.com

Victor Costa Wichrowski

Psicólogo (UnB), Graduando em Medicina (UniCEUB). Interesse acadêmico no campo de políticas públicas em saúde e na área de intervenção em crise e prevenção ao suicídio.
E-mail: victor.wichrowski@gmail.com

Wania Maria do Espírito Santo Carvalho

Assistente Social, Pesquisadora e Docente, Doutora em Ciências (FMUSP). Diretora da Escola de Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (EAPSUS / FEPECS/SES/DF).
E-mail: waniaescarvalho@gmail.com

