

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Departamento de Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

**ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
(SUS) E PERSPECTIVAS PARA O TRABALHO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE:**

Joinville, SC, 2005

Autora: Ana Cristina Costa Lima

Orientador: Marco Aurélio Da Ros

Dissertação a ser apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Mestrado em Saúde Pública (SPB/UFSC), Área de Concentração em Ciências Humanas e Políticas Públicas de Saúde, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Florianópolis, SC
Março de 2006

Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC
Departamento de Saúde Pública
Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública

**ATUAÇÃO DE PSICÓLOGOS NA ATENÇÃO BÁSICA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
(SUS) E PERSPECTIVAS PARA O TRABALHO E A EDUCAÇÃO EM SAÚDE:**

Joinville, SC, 2005

Banca examinadora:

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim
Departamento de Educação
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof^a. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Departamento de Psicologia
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof^a. Dra. Sandra Caponi
Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Prof^a. Dra. Marta Verdi (suplente)
Departamento de Saúde Pública
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC

Florianópolis, SC
Março de 2006

Resumo

Esta pesquisa tem o objetivo de analisar a atuação do psicólogo na atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), na cidade de Joinville, estado de Santa Catarina, contextualizada com as mudanças curriculares e a política de educação em saúde. Foram realizadas 13 entrevistas semidiretivas com psicólogos das equipes de saúde mental nas regionais de saúde, Centro de Atenção Psicossocial (CAPSII), Centro de Atenção Psicossocial (CAPSad, álcool e outras drogas) e Núcleo de Apoio Técnico. Pela análise de conteúdo das entrevistas, constata-se que as práticas do psicólogo na atenção básica, em nove equipes de saúde mental (área de abrangência, por equipe, entre 40 e 70 mil habitantes) se organiza conforme diretriz da Secretaria Municipal de Saúde e Política Nacional de Saúde Mental. A intervenção clínica do psicólogo se dá em atendimento individual e em grupos, divididos por: faixa etária/fase (gestante, crianças e pais; adolescentes, mulheres, idosos...) e diagnóstico (diabético, hipertenso, crônicos, seus familiares, deprimidos, ansiosos...). Cumpre também função de equipe matricial aos médicos das unidades básicas nos grupos de prescrição de medicação (ansiedade e depressão). Da análise é possível inferir que se trata de uma rede medicalizada, no campo 'psi', baseada em diagnóstico de psicopatologia, prescrição de drogas medicamentosas e apoio psicológico. O referencial teórico indica dois caminhos para grupos no campo 'psi': 1. modelo biomédico, como espaço de melhoramento das relações interpessoais e aprendizagem de habilidades, para adequação social e 2. produzir processos de subjetivação em uma experiência de olhar para si mesmo, ver e ouvir o outro, abrindo possibilidades de criação, solidariedade e produção coletiva. Pode-se levantar a hipótese de que os psicólogos estão trabalhando em um espaço iatrogênico, com um usuário medicalizado e rotulado com um diagnóstico e que muitas vezes espera que a eliminação de sintoma seja solução para seus problemas de estar-no-mundo. Formar psicólogos com capacidade de produzir processos de subjetivação – ser-em-relação – com metodologias ativas e ensino-aprendizagem no SUS, pode contribuir para a inserção do campo 'psi' na produção de significados em integralidade no cuidado, junto ao biológico e sócio-econômico instalados, complementando a construção em saúde para um efetivo acolhimento e apoio aos usuários e troca entre comunidades, trabalhadores e ensino. Se compreendermos as relações de trabalho com o trabalhador como agente de processos de mudança, é possível supor que uma construção efetiva de equipe amplie a compreensão das necessidades de cada pessoa e da comunidade e que um planejamento estratégico proporcione um trabalho horizontal entre os profissionais e se possa desenvolver promoção de saúde, educação em serviço e ampliar a resolubilidade, para ultrapassar este processo de iatrogenia no campo 'psi' e se caminhar para a integralidade, pela facilitação de processos de subjetivação nos serviços no SUS.

Palavras-chave: saúde pública, psicologia, psicólogo, atenção básica, campo 'psi', recursos humanos, gestão do trabalho, educação em saúde, SUS.

Abstract

This study aims at analysing the working of psychologists at the primary attention in the Public Health System in Joinville, SC, Brazil, contextualized with the curricular changes and the health education policy. 13 semidirect interviews were carried out with psychologists in the teams of mental health of regionals centres of health, Psychosocial Attention Centre (CAPSII), Psychosocial Attention Centre (CAPSad, alcohol and other drugs) and the Technical Support. The analysis of the interviews shows that the work of these psychologists in the primary attention in nine teams of mental health (reaching area, by team, between 40 and 70 thousand inhabitants) is organized according to the policy imposed by the City Health Secretary and the National Policy for Mental Health. The psychological clinical intervention is made done individually by the psychologist and in groups divided by: age (pregnancy phase, children and parents; adolescents, women, elder...) and diagnosis (diabetes, individuals with high blood pressure, chronic diseases and these family , depressed, anxious...). The psychologists have also a matrix function next to the doctors in the basic units in the medicine prescription groups (anxiety and depression). From the analysis it is possible to infer that this is a net with access to medicine, in the 'psy' field, based on psychopatological diagnosis, drug prescription and psychological support. The theory points at two directions for the groups in the 'psy' field: 1. biomedical model, with room for improvement in the interpersonal relations and skills acquisition, for social adequacy and 2. produce processes of subjectivity in a experience in the self, seeing and hearing the other, opening possibilities for creativity, sympathy and colective production. We can argue that the psychologists are working in a iatrogenic space, with an patient medicated and label with a diagnostic and who expects that the removal of symptoms is the solution for their problems at being-in-world. Forming psychologists who are capable of subjectivity – be-in-relation-to – with active methodologies and teaching-learning experience in the Public Health System can contribute to the insertion of the 'psy' field in the production of meaningful and integral care, together with the social-economical and biological ones, complemented by the construction of health which translates into an effective welcoming and support for its users, and change with the community, workers and educators. If we understand the work relations with the worker like agent of change process, can assume an effective construction of a team that amplifies the needs understanding of each person and the community and that a strategic planning provides horizontal work between professionals that can develop health promotion, education in service and amplification, overtaking this iatrogenic process of the 'psy' field and reaching for integral attention for easiness of processes from subjectivity in the Public Health System

Key words: public health, psychology, psychologist, primary attention, 'psy' field, human resource, health education.

Agradecimentos

Aos mestres distantes, entre muitos, Bateson, Laing, Foucault, Jung, Reich, Freud, Heisenberg, por deixarem seus livros.

Ao Roberto Freire (Bigode), mestre que me ensinou o ofício ‘psi’ e foi meu grande terapeuta.

Ao meu orientador, querido Marcão (Marco Aurélio Da Ros), pela paciência, carinho, dedicação e ensinamentos.

À Consei (Conceição Couto Netto) pela paciência e intermináveis discussões sobre filosofia oriental e psicologia, por me ensinar um pouco mais de minha Língua e pelo carinho com que revisou esta dissertação.

À Ana Lopes pelo incentivo, amizade e troca em nossos estudos.

À Deise Nascimento e Cristine Cabral pela amizade e compreensão, representando o IV Plenário do CRP-12.

Ao amigo Marcos Ferreira pelo apoio e carinho.

Aos novos amigos Lúcia Bueno, Celso Tondin e Liliana Santos pelo apoio e dicas.

Ao Professor Alcides Coelho, por sua aulas, que me abriram mais portas de estudos.

À Professora Clair Castilhos que acreditou em mim e me apresentou o Marcão.

Aos Professores Sandra Caponi, Maria Aparecida Crepaldi, Ricardo Ceccim e Marta Verdi pelo carinho, trabalho e contribuição intelectual.

À Secretaria Municipal de Saúde de Joinville que possibilitou o campo de pesquisa.

Aos psicólogos entrevistados, que me receberam sem reservas.

À Kyria Finardi pela estrutura básica da versão do resumo para o Inglês.

Aos que me esqueci e me ajudaram neste percurso, desculpem-me pela ingratidão.

Aos meus pais, pelo legado artístico e de pensamento.

Ao meu filho, por existir e me amar.

Eu dedico este trabalho à Maria, uma de minhas mães. Maria me ensinou o cotidiano e por ironia da sociedade excludente, quando eu tinha 13 anos foi internada em sanatório para loucos, com sintomas paranóides. Nunca mais foi a mesma mulher forte, determinada, deram alta a uma mulher inerte, sem vida por conta dos remédios, o que eles, lá no manicômio, chamam de cura. Os sintomas não voltaram e ela nunca soube como construiu seu sofrimento psíquico. O ‘tratamento’ a excluiu definitivamente de si mesma.

Excluída da escola na infância por problema de vista, ganhou a vida como empregada doméstica. Ao se despedir de mim, entregou-me seu molho de chaves, o seu poder naquela casa: o cotidiano, os fundos, a parte de serviço. Aprendi com Maria a cozinhar, a arrumar a casa, a cuidar de filho, a fazer barulho com as panelas e a dar broncas sem futuro, um amor um pouco à italiana. Teria mais de 70 anos hoje, não sei se está viva.

Sumário

Resumo e palavras-chave, III

Abstract and keywords, IV

Agradecimentos, V

Dedicatória, VI

1. Introdução, 3

2. Objetivos, 9

2.1. Objetivo geral

2.2. Objetivos específicos

3. Modelo biomédico, 10

4. Quem são os loucos!, 13

5. O campo 'psi', 17

5.1. A Psicologia científica, 19

5.2. A Psicanálise como marco humanista, 20

5.3. A Psicologia Humanista, 23

6. Políticas de saúde mental, 26

6. 1. Política Nacional de Saúde Mental, 27

6. 2. Joinville, Rede de Saúde Mental, 29

6.2.1. Saúde mental na atenção básica, 31

6.2.1.1. "Diretrizes de Referência Serviço de Saúde Mental 2004/2005", 32

6.2.1.2. "Protocolo de Dispensação de Fluoxetina", 34

6.2.1.3. Pequeno Príncipe e Catavento, 35

6.2.1.4. A atenção básica no campo 'psi', 36

7. A intervenção no campo 'psi', 38

7.1. Rede substitutiva de saúde mental, 38

7.2. Psicoterapia, 40

7.3. As terapias psicológicas nos serviços públicos, 42

7.4. Os grupos como um desafio, 43

8. A formação do psicólogo e o SUS, 48

8.1. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia, 48

8.2. O Controle Social e a Política Nacional de Gestão do Trabalho, 50

8.3. A Política Nacional de Educação na saúde, 52

8.4 Aspectos básicos da mudança curricular na prática, 57

9. Percurso metodológico, 60

9.1. A construção do campo de pesquisa, 61

9.2. A entrevista, 62

9.2.1. O tema, 63

- 9.2.1. O roteiro, 64
- 9.2.2. A análise, 65

10. Resultados, 66

- 10.1. Atuação do psicólogo, 67
 - 10.1.1. Recebendo a demanda, 67
 - 10.1.2. Trabalho com grupos, 71
 - 10.1.3. Medicalização, 78
 - 10.1.4. Apoio matricial, 80
 - 10.1.5. Prevenção, 85
- 10.2. Perspectivas do psicólogo para o trabalho e a formação, 88

11. Considerações finais, 98

12. Referências, 104

13. Apêndice

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

14. Anexos

1. Lista das unidades básicas de saúde, de Joinville
2. Fluxograma do Serviço de Saúde Mental, de Joinville
3. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SMS)
4. Diretrizes de Referência Serviço de Saúde Mental 2004/2005, da SMS de Joinville
5. Protocolo de Dispensação de Fluoxetina, da SMS de Joinville
6. Ficha Individual de Observação do Desenvolvimento (Síntese da Escala Brasileira de Heloísa Marinho)
7. Carta do Programa de Mestrado em Saúde Pública à Secretária Municipal de Saúde de Joinville.
8. Ofício nº1820/04 DPCAA/SMS, da Secretaria Municipal de Joinville
9. Declaração da Secretaria Municipal de Joinville
10. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC – Projeto nº145/2005

1. Introdução

Esta pesquisa foi realizada em 2005 no contexto da implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia e da Política de Educação e Desenvolvimento para o Sistema Único de Saúde.

A pesquisa foi realizada em Joinville, a maior cidade do estado de Santa Catarina, Sul do Brasil, com 487.045¹ habitantes. Foram entrevistados psicólogos que atuam na rede pública de saúde, sobre o cotidiano de trabalho na atenção básica no Sistema Único de Saúde (SUS), suas perspectivas e possibilidades de aproximar a formação da realidade do trabalho no SUS.

O mundo do trabalho em saúde, especificamente em saúde pública, está cada vez mais propondo desafios às profissões que atuam na área. O Sistema Único de Saúde, desde 1990, vem-se desenvolvendo com planejamento em saúde, descentralização e participação social. A maior autonomia municipal e estadual, com poder de decisão da representação dos vários segmentos sociais nos conselhos de saúde, tornam o sistema cada vez mais complexo, ao mesmo tempo em que ampliam as ações sobre as necessidades locais.

O desafio de um sistema de direito universal que tem como diretriz a integralidade, guardando a equidade, na gestão e na dinâmica da atenção em saúde, é muito grande e, possivelmente, contínuo. A integralidade, conceito abstrato, é um desafio para a gestão, para o controle social, para os trabalhadores e para a educação na saúde: é preciso resolver os problemas de saúde de forma a mais breve possível e de maneira a menos invasiva para a pessoa. É preciso oferecer a complexidade tecnológica na área, em constante avanço, ao mesmo tempo em que ações em promoção de saúde possam contribuir para que as pessoas adoçam menos.

Com o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em meados dos anos 1990, os municípios começaram a aderir e formar equipes de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem (PSF) e equipes de agentes comunitários (PACS) para fazer o mapeamento de cada área de abrangência territorial, constituindo uma ligação entre a comunidade e o centro de saúde. Assim, as pessoas podem procurar a unidade básica de saúde próxima a sua moradia ao

¹ Estimativa populacional do IBGE para 1/07/2005, *in*
<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2005>

mesmo tempo em que esta deve fazer busca ativa para conhecer as condições de saúde e moradia da população de sua área de abrangência.

O Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, atribui as seguintes competências à atenção básica:

O trabalho de equipes da Saúde da Família é o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e troca de experiências e conhecimentos entre os integrantes da equipe e desses com o saber popular do Agente Comunitário de Saúde. As equipes são compostas, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Quando ampliada, conta ainda com: um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um técnico em higiene dental.

Cada equipe se responsabiliza pelo acompanhamento de cerca de 3 mil a 4 mil e 500 pessoas ou de mil famílias de uma determinada área, e estas passam a ter co-responsabilidade no cuidado à saúde. A atuação das equipes ocorre principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por ter território definido, com uma população delimitada, sob a sua responsabilidade; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde.

E, ainda: por estabelecer vínculos de compromisso e de co-responsabilidade com a população; por estimular a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde; por utilizar sistemas de informação para o monitoramento e a tomada de decisões; por atuar de forma intersetorial, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, de forma a intervir em situações que transcendem a especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida e saúde dos indivíduos-famílias-comunidade (Portal do Ministério da Saúde, 02/2006).

Saúde da família, saúde bucal e alimentação e nutrição formam a base da atenção básica em saúde. O campo 'psi', quando inserido na atenção básica, é por meio de políticas estaduais ou municipais ou para atender o indicativo da Política Nacional de Saúde Mental. Esta tem como objetivo a formação de rede substitutiva aos hospitais psiquiátricos e, portanto, para atender as pessoas com graves transtornos psíquicos. Pode-se dizer que o campo 'psi' não faz parte da estrutura teórica e política do SUS, que está baseada nos aspectos biológicos e sócio-econômicos do processo saúde-doença.

Os indicativos do controle da sociedade sobre o SUS e as políticas voltadas ao trabalho e educação na saúde pretendem ultrapassar uma atenção em saúde centrada em procedimentos para tornar o usuário do sistema, o centro da atenção. Algo tão simples é um dos maiores desafios. Investir em saúde, em força de trabalho e em projetos de difícil avaliação por dados epidemiológicos em curto período é um dos aspectos entre os desafios

da gestão e dos trabalhadores do Sistema Único de Saúde. O complexo médico-industrial e a indústria de alimentos são forças transnacionais que movem grande parte do dinheiro no mundo e o sonho de pessoas com saúde e autonomia sobre seus corpos íntegros (soma e psique) e distribuição de renda é sonho de um outro tipo de sociedade.

É importante discorrer um pouco sobre como as pessoas e as populações estão situadas no contexto atual, segundo alguns pensadores humanistas. Não se pode olhar todo este complexo sem uma compreensão de que o campo ‘psi’ está ligado ao estar-no-mundo, às relações, à formação do sujeito, à organização social, enfim, à uma psicossociologia. E, ao se falar em campo ‘psi’, vai-se olhar a instância pública e privada e as geopolíticas que engendram nosso cotidiano. Segue, assim, um pouco das idéias de alguns pensadores sobre o ser e o mundo no século XX.

Debord (1997), em *A sociedade do espetáculo*, livro publicado na França em 1968, antes de maio, coloca que tanto o dólar como a mercadoria imposta pelo capital são fetichizadas, privilegiando uma burguesia e formando uma miséria mundial que aumenta em proporções incontroláveis. Mostra como se dão a exclusão social, a segregação e a desigualdade sociais, bem como o esgotamento dos recursos naturais.

Nunca a tirania das imagens e a submissão alienante ao império da mídia foram tão fortes como agora... invadiram todas as fronteiras e conquistaram todos os domínios – da arte à economia, da vida cotidiana à política –, passando a organizar de forma consciente e sistemática o império da passividade moderna (1968/1997).

Habermas, em *Mudança estrutural na esfera pública*, faz uma análise histórica crítica de como se configurou a esfera pública nos séculos XIX e XX. Sem qualquer pretensão de discutir mais profundamente assunto tão complexo, lanço apenas alguns tópicos. A esfera pública não sendo representativa de todos, nem sequer da maioria, seja aristocrática, liberal ou qualquer outra, é excludente e massificadora; assim, a opinião pública não existe, é uma ficção (1961/2003: 274-290).

E nestes últimos 50 anos de *mass media*, os meios de comunicação difundem o que Guattari (2004: 11) nomeia serialismo de mídia (*serial media*), em que grupos com as mais diferentes necessidades e realidades passam a ter o mesmo ideal de *status*, moda, música...

Lefebvre (1991), em *A vida cotidiana no mundo moderno*, discorre como a propaganda funciona como elemento alienador e direcionador do desejo. O consumo como objetivo dos que detêm os meios de produção. Lança duas questões: “Pode-se definir a cotidianidade? Chega-se a uma concepção do real e do possível?”. Considera que o

cotidiano tornou-se “objeto de todos os cuidados”. Desta forma, “encurrala-se o desejo” e assim “a cotidianidade seria o principal produto da sociedade organizada”, e cabe ao futuro dizer se “reencontraremos a unidade entre a linguagem e a vida real” (81-82). Para Lefebvre, a legitimação desta sociedade é a satisfação, que se expressa por um oco, um vazio de sentido e o preenchimento deste vazio pelo consumidor leva à saturação. A cultura é institucionalizada, não havendo uma apropriação do ser humano de seu próprio ser (corpo, desejo, tempo, espaço) (88-95).

Os antagonismos de classe herdados do século XIX contribuíram inicialmente para forjar campos homogêneos bipolarizados de subjetividade. Mais tarde, durante a segunda metade do século XX, através da sociedade de consumo, do *welfare*, da mídia, a subjetividade operária linha-dura se desfez. Ainda que as segregações e as hierarquias jamais tenham sido tão intensamente vividas, uma mesma camada imaginária se encontra agora chapada sobre o conjunto das posições subjetivas. Um mesmo sentimento difuso de pertinência social descontraíu as antigas consciências de classe (Guattari, 2004: 11).

Gorender, em *Cenários do capitalismo real*, analisa as causas do declínio do Estado de Bem-estar Social (Welfare State), que se inicia com a inflação nos anos 70. E como a partir daí se dá a “ofensiva do capital contra os trabalhadores”, com a imposição ao mercado de um projeto neoliberal, com “o termo globalização – senha dos novos tempos” (Gorender, 1999: 113-135).

As gerações vêm-se desenvolvendo com realidades em conflito, do barraco às passarelas do *glamour* da moda; do amor ao assassinato em família, junto ao fundamentalismo religioso e político, oferecendo aplacar a dor, a culpa, a iniquidade e formando ‘ovelhas’, ‘robôs’. Os processos se aceleram de tal modo, que em uma única geração se conheceram avião de carreira, antibiótico, bomba atômica, homem na Lua, destruição da Amazônia, montanhas de lixo, êxodo rural do Nordeste para o Sul maravilha, organização do crime com cooptação de jovens, crianças criando-se nas ruas, televisão, micro-computadores e *internet*, celulares, projeto genoma, superpopulação mundial e mal distribuída de 6,5 bilhões, com metade em situação miserável, e como em todas as épocas, guerras e mais guerras. Isso aliado a um discurso e políticas públicas de direitos humanos, no mínimo, criando paradoxos.

Guattari, em *Três ecologias*, coloca que “Não é justo separar a ação sobre a psique daquela sobre o *socius* e o ambiente” (1989/2004: 24). Esta afirmação tão simples e carregada de afeto desperta o senso intersaberes, evoca que a ciência não pode estar acima dos seres humanos ou não humanos, classificados, por ela mesma, como vivos ou

inanimados! Ele nos chama a uma articulação ético-política, que nomeia ecosofia, “entre os três registros ecológicos (o do meio ambiente, o das relações sociais e o da subjetividade humana)” Guattari, 1989/2004: 8).

O campo ‘psi’ está para além de categorias profissionais, sejam psicólogos, psiquiatras ou outros que adentram este campo, sejam teóricos, professores, pesquisadores ou em exercício profissional cotidiano com pessoas. Esta pesquisa é sobre o trabalho do psicólogo na atenção básica no SUS em Joinville, com a intenção de não perder a dimensão do campo. As Diretrizes Curriculares Nacionais e a Política de Educação na saúde pretendem aproximar a formação dos serviços de saúde. Porém, para uma política se efetivar é preciso que haja comprometimento de cada pessoa e dos grupos envolvidos.

Não há uma ‘verdade’ sobre o sofrimento psíquico, mas há uma dominância do pensamento biomédico, tanto na academia quanto nos serviços e, desta maneira, ao conhecer os serviços tornou-se necessário amparar teoricamente o modelo biomédico, a saúde e doença mental e o campo ‘psi’. É um espaço denso, de tensões entre poder e ser.

O capítulo 2 apresenta os objetivos da pesquisa, com a intenção de contribuir para a análise do trabalho do psicólogo na atenção básica e as mudanças curriculares na área de saúde. Para introduzir o leitor no contexto teórico que emana da pesquisa, no capítulo 3 será delineado como a ciência ocidental desenvolveu o modelo biomédico e o complexo médico-industrial, para um breve recorte no capítulo 4 sobre a construção institucional da loucura, da saúde mental e do doente mental. O capítulo 5 vai resgatar um pouco da história da psicologia, separando em dois grandes modos de pensar e intervir no campo ‘psi’, a psicologia científica e a psicologia humanista. Espera-se que este pequeno esboço sobre as bases teóricas e ideológicas em que se amparam as práticas de saúde e especialmente o campo ‘psi’, possam ajudar a compreender a organização da rede de saúde mental, conforme a política nacional e a organização dos serviços em saúde mental na rede pública em Joinville, descritos no capítulo 6.

Os psicólogos locados nas equipes de saúde mental, instaladas nas regionais de saúde, objeto de nossa pesquisa, trabalham principalmente com grupos e assim o capítulo 7 vai trazer um pouco sobre a intervenção no campo ‘psi’, a fim de referenciar teoricamente os resultados das entrevistas.

O capítulo 8 vai contextualizar as Diretrizes Curriculares para os cursos de Psicologia no que tange à área de saúde, uma das áreas de atuação da profissão. Também

mostrará como a política de gestão do trabalho no SUS e as conferências de saúde indicam a formação de equipes multiprofissionais e mudança no modelo de atenção biomédico. Ao final serão abordados alguns pontos pertinentes ao contexto da pesquisa sobre formação e mudança curricular.

O capítulo 9 refere-se ao percurso metodológico das entrevistas e sua análise de conteúdo, para então serem apresentados os resultados das entrevistas no capítulo 10, separados em duas perspectivas, conforme o temário das entrevistas: ‘Atuação do psicólogo’ e ‘Perspectivas do psicólogo para a formação e o trabalho na atenção básica’. Do conteúdo das entrevistas, o principal critério para definir as categorias da ‘Atuação do psicólogo’ foi a preocupação apresentada pelos profissionais com a demanda de trabalho e o cumprimento das orientações da Secretaria Municipal de Saúde.

As considerações finais, sem grandes pretensões, buscam explorar uma abertura sobre as perspectivas da atuação no campo ‘psi’ no Sistema Único de Saúde, baseadas na realidade das políticas públicas de saúde e educação e na prática dos psicólogos na atenção básica no SUS em Joinville.

Sem dúvida, por todo o percurso, o mais difícil é não perder o sentido do trabalho no campo ‘psi’, o ser-no-mundo, que tão bem o colega expressou.

(E9)

Lembro que falaram pra mim que a psicologia é uma coisa passional. Acho que é mesmo. É de amor mesmo. A minha carreira profissional foi muito assim, nunca de trabalhar com modelos prontos. E sim de estar vendo, percebendo, discutindo e criando.

Eu nunca tive uma postura, dentro de um posto de saúde, de só fazer o atendimento psicológico dentro de uma linha, dentro dos 50 minutos, ou 45, sei lá. Acho que a psicologia tem de estar fazendo outras coisas. A gente tem de estar com os olhos da psicologia dentro dos outros programas, dentro de todo o serviço, vendo a gente que está indo lá. E aí dar a contribuição.

2. Objetivos

2.1. Objetivo Geral

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar a atuação do psicólogo na atenção básica no Sistema Único de Saúde, na cidade de Joinville, estado de Santa Catarina, contextualizada com as mudanças curriculares e a política de educação na saúde.

2.2. Objetivos específicos

Conhecer o cotidiano de trabalho do psicólogo na atenção básica no SUS em um município de porte médio.

Contextualizar o resultado das entrevistas com os psicólogos no processo de mudança curricular: Diretrizes Curriculares Nacionais e Política de Desenvolvimento de Educação para o Sistema Único de Saúde.

Contextualizar possibilidades de intervenção em Psicologia na atenção básica, a partir das perspectivas apresentadas no discurso do psicólogo.

3. Modelo Biomédico

A ciência moderna, é marcada por um modelo fechado em comprovações experimentais, com base na Física mecânica, que separa corpo, mente e ambiente e se aprofunda no estudo das partes, dos órgãos e funções moleculares. Assim, no desenvolvimento das ciências naturais, tornaram-se hegemônicas as teorias de unicausalidade de doenças bacterianas, sendo feitos grandes investimentos para a descoberta de medicamentos, vacinas e aprimoramento da cirurgia. A atenção do médico, gradualmente passou do doente à doença e centros de diagnóstico, terapia e ensino se multiplicaram com rapidez (Capra, 1982: 116-155).

Foucault chama de ‘biopolítica’ esta mudança de enfoque de poder sobre a vida e a morte que se inicia no século XVII. Afirmar que até então no Ocidente o poder sobre a morte e o deixar viver era do soberano e que a mudança passa por constituir, então, um “poder de *causar* a vida ou *devolver* à morte” (1980:130). A partir do desenvolvimento científico claramente mecanicista, entretanto, o corpo não mais propriedade do rei, passa a ser uma máquina disciplinável por uma anátomo-política do corpo humano. “O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica.” (1985: 80)

O grande espaço de intervenção se dá pelo surgimento das instituições, como o hospital, o manicômio, o presídio, a escola, que possibilitam o domínio da educação, da saúde e da punição aos que não cumprem a norma. A disciplina precisa comprovação e o desenvolvimento da epidemiologia possibilita quantificar e definir o que deve ser investigado e sobre quem exercer a vigilância com a justificativa de controlar as doenças (Foucault, 1985).

A família torna-se também institucionalizada, com o pátrio poder dentro das normas de Estado, Ciência e Igreja. Para isso, o principal instrumento de dominação é a sexualidade, com uma expressão exemplar na era vitoriana, em que toda e qualquer relação sexual que não seja com fim reprodutivo, dentro do casamento definido pela família e religião, é considerada crime pelo Estado, pecado pela Igreja e perversão pela Ciência.

Os Estados Unidos da América, em franca expansão no início do século XX, investem no que chamamos de complexo médico-industrial. A associação do ensino com a indústria de medicamentos, impõe uma formação em medicina radicalmente biomédica, dividida em especializações, com foco na doença e nos hospitais. É o chamado modelo flexneriano, devido ao nome do professor da Johns Hopkins University, que desenvolveu a pesquisa sobre o ensino médico nos EUA, contratado em 1910, pela Rockefeller Foundation. O modelo flexneriano preconiza a unicausalidade das doenças e os investimentos são para eliminar o agente causador, em detrimento de cuidar das condições de vida das pessoas. Este modelo torna-se hegemônico no Brasil durante a ditadura militar, junto com a reforma universitária de 1968, a criação do Inamps e dobrando o número dos cursos de medicina em uma década, com o foco no hospital e supressão do ensino da terapêutica (Da Ros, 2004: 224-244; 2005: 59-69).

Illich, em *A expropriação da saúde, nêmesis² da medicina*, é contundente ao afirmar que é a iatrogênese que engloba todas as condições clínicas das quais os medicamentos, os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos.

A iatrogênese social é o efeito social não desejado e danoso do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta. A instituição médica está sem dúvida na origem de muitos sintomas clínicos que não poderiam ser produzidos pela intervenção isolada de um médico (1975, 43).

A iatrogênese social se dá na aculturação de sistemas de cuidados à saúde que não o médico-científico, desclassificando e até ridicularizando qualquer iniciativa da pessoa em busca de outra fonte de conhecimento e terapêutica para o cuidado de si. Assim, o que não está incorporado à medicina científica é considerado, pela mesma, inócuo e algumas vezes perigoso. A ciência porta-se como dogma religioso, uma ‘verdade’ que deve submeter a todos, quem não a aceita é transgressor.

O modelo hegemônico médico “embasado no paradigma da Medicina Científica, ou seja, no corpo de conhecimentos derivados empiricamente e que é compartilhado como ‘verdade’ pelo conjunto dos profissionais médicos (Spink, 1992: 16)”, desclassifica qualquer outro conhecimento, considerando-o rebeldia ou ignorância. Partilhando deste saber científico, o psicólogo como qualquer profissional de saúde pode fazer uso de seu poder sobre o conhecimento e vivências dos ‘pacientes’, atribuindo-lhes valor interpretativo sem que se abra para conhecer seus sentimentos e necessidades de sua própria boca (Spink, 1992).

² Nêmesis, indignação provocada por uma partilha injusta ou desigual (Holanda, 2005)

Este processo de dominação dos corpos pela imposição do cuidado medicaliza o desenvolvimento e todas as fases da vida, ditando uma norma de boa conduta, disciplinar, que tem suas nuances de acordo com os tempos. A medicalização do sexo feminino surge ao mesmo tempo em que as mulheres começam algum movimento de afirmação: a ginecologia assume a responsabilidade sobre gravidez, parto, aleitamento, menarca e menopausa, medicalizando os processos de puberdade até o envelhecimento (Illich, 59).

O termo medicalização é utilizado aqui para indicar um processo social através do qual a medicina foi tomando para si a responsabilidade sobre um crescente número de aspectos da vida social. Nesse sentido, a medicina preventiva é altamente medicalizante, pois estende as possibilidades de aplicar com certa eficácia técnica os conhecimentos sobre a doença, para regular aspectos da vida social. Através dela, a medicina não só trata doentes; ela recomenda hábitos e comportamentos. Ela invade a vida privada para sugerir modos de vida mais saudáveis, ou seja, supostamente mais capazes de impedir o adoecimento (Mattos, 2001, 49).

A crítica de Ruben Mattos à medicalização da prevenção é pertinente pelo poder sobre a vida cotidiana em uma sociedade de risco e culpabilização das pessoas pelo adoecer. Certamente a profilaxia é uma prática em saúde pública com resultados dos mais animadores nos dados epidemiológicos, como as campanhas de vacinação, o acompanhamento pré-natal e as recomendações de arejar a casa, lavar as mãos antes de mexer em alimentos ou ferver as mamadeiras. Assim, muitas vezes as práticas biomédicas se apresentam encobertas por aparentes rótulos de prevenção e até de promoção de saúde, mas na realidade exercendo um poder de coerção sobre o modo de vida das pessoas. É um fio tênue que faz parte da cultura globalizante.

4. Quem são os loucos!

*Há uma certa forma de consciência,
historicamente situada, que se apoderou da
loucura e que dominou seu sentido.*

Foucault

A institucionalização da loucura pelo desenvolvimento do saber científico, que a transforma em objeto do conhecimento da psiquiatria (cura da mente), e a práxis da assistência psiquiátrica estão estreitamente relacionadas e compromissadas com a política de exclusão social. Mesmo com “pouca informação sobre as características da clientela dos nossos hospitais e ambulatórios e sua variação através dos tempos (Resende, 2001)”, pode-se observar ao se propor conhecer a história da ‘loucura’ no país, com Jurandir Freire Costa, em *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*, as similitudes com a *História da loucura na Idade Clássica*, de Foucault; *Manicômios, prisões e conventos*, de Goffman, *Psiquiatria e antipsiquiatria*, de David Cooper e *A fabricação da loucura*, de Szasz, livros que são referência para quem quer conhecer o processo de institucionalização da loucura e sua violência.

Ao final do século XVII, a centésima parte da população de Paris estava internada: os indigentes, vagabundos, mendigos, senis, internados por cartas régias, paralíticos, loucos, crianças e doentes venéreos. A internação não significa apenas um papel negativo de exclusão, mas também um papel positivo de organização da sociedade, com sua ética marcada em uma divisão entre o bem e o mal, o reconhecido e o condenado, as novas normas na integração social. O século XV havia banido para o exílio ou eliminado as experiências que dizem respeito à sexualidade (magia, profanação ao sagrado e a libertinagem). Por 150 anos os doentes venéreos e os insanos ficaram no mesmo lugar, com o mesmo sistema de punição. A época clássica inventa o espaço de internamento e a alienação mental. “A repressão adquire assim uma dupla eficácia, na cura dos corpos e na purificação das almas” (Foucault, 1999).

A primeira instituição psiquiátrica no Brasil foi o Hospital D. Pedro II, fundado pelo mesmo, em 1852. Segue-se a abertura de outras instituições de inclusão do ‘doente mental’ e exclusão social, “em meio a um contexto de ameaça à ordem e à paz social, em resposta aos reclamos gerais contra o livre trânsito de doidos pelas ruas das cidades” (Resende, 2001). O critério diagnóstico de quem é o insano e a maneira como se

desenvolve a terapêutica tem relação direta com o desenvolvimento de um saber cientificista, por uma psiquiatria da higiene moral (Birman, 1978).

Segundo Heitor Resende, só no século XIX, no Brasil, é que a loucura vai às ruas, pois as cidades eram ainda muito pequenas e a loucura parece ter permanecido na família e nas fazendas, absorvida na vida privada. Até quase o final do século XIX, a economia era impulsionada pelo trabalho escravo, formando uma sociedade em que poucas ocupações eram consideradas dignas.

É notório na obra de Machado de Assis, em grande parte passada no final do século XIX, que as personagens abastadas não trabalhem, como Brás Cubas, que nunca trabalhou e é o político, que vive de conchavos e benesses (1881/1997: 70). Falando de loucura, não se pode deixar de lembrar de *O alienista* (1988), em que o médico acaba por considerar a todos loucos, internando, um por um, os habitantes da cidade – uma ironia de alto valor literário e retrato social de uma época, como toda a obra de Machado de Assis. Sua personagem faz parte do imaginário social e em grande parte da mentalidade científica, de que há loucos e sãos e de que os loucos são perigosos. Com muito mais veemência e sentido de denúncia nos anos 1910/20, Lima Barreto (cujo pai morreu no hospício e ele mesmo esteve também internado) mostra a monstruosidade do manicômio, o racismo e a corrupção dos políticos, como em *Triste fim de Policarpo Quaresma* (1915/1992) e em *Os bruzundangas* (1923/1998), até hoje atual.

As regras morais e a mentalidade cultural podem provocar sofrimento psíquico, como é o caso da discriminação social com os negros que se estende até os dias de hoje, deixando as marcas da desigualdade de oportunidades e a humilhação social. As políticas públicas de exclusão no país não se restringem a uma época: inúmeros podem ser os exemplos. Separei este durante a ditadura militar, em uma Resolução do Conselho de Desenvolvimento Social, em 1975:

A segurança e a tranquilidade dos grupos sociais mais abastados dependem, em certa medida, do estado sanitário e da capacidade de trabalho das camadas mais pobres. Conseqüentemente, as transferências de recursos da população mais rica para assistir aos mais pobres poderiam ser contabilizadas como investimento em segurança nacional (JB: 5/5/1975).

Após a 2ª Guerra Mundial, sob o impacto do nazismo e da bomba atômica, foi criada a Organização das Nações Unidas (ONU) e elaborada a Declaração Universal dos Direitos Humanos e os países europeus e os Estados Unidos da América passaram a ter

uma ‘preocupação especial’ com os Direitos Humanos e com o desperdício de força de trabalho invalidada pela guerra, bem como com os altos custos dos hospitais psiquiátricos.

A passagem de terapêutica hospitalar para a extra-hospitalar modifica o discurso e a intervenção, mas mantém o poder de coerção sobre saúde e doença mental, com uma possibilidade de cura e de prevenção (Silva Filho, 2001).

Ou seja, o rendimento da intervenção terapêutica depende agora da incorporação, por parte do dispositivo institucional, das regras de relações sociais mais amplas, que aí são reinterpretadas e ensinadas ao doente que, por sua vez, deve internalizá-las, reeducando seus hábitos sociais. A analogia pedagógica é clara nessa metamorfose asilar (Silva Filho, 2001: 98).

Nas chamadas sociedades ‘livres’ é antiquado opor-se abertamente à liberdade. Porém, nem todo mundo ama a liberdade. Muitas pessoas valorizam bem mais a saúde e a segurança. Portanto, os inimigos da necessidade de liberdade não a atacam diretamente. Ao invés disso, podem dissimular sua oposição com o argumento da proteção da saúde, especialmente a saúde mental. Nos Estados Unidos de hoje [anos 1990], a interferência do estado na liberdade do cidadão (não criminosos) é tipicamente justificada com base no que é necessário para a proteção de sua própria saúde e segurança, ou da saúde e segurança da comunidade. O moderno cavalo de Tróia é a clínica ou o hospital, ocultando os que lutam pela antiliberdade, chamados de ‘profissionais de saúde’ (Szasz, 1994: 193-4).

A novidade desse conhecimento é a proposição da realização de prevenção primária das doenças mentais... A adaptação social é assim expressamente assumida e proposta para a assistência psiquiátrica. (Silva Filho, 2001: 98-99).

Desenvolveram-se nos EUA os programas de prevenção, intervir antes da doença, por meio de programas de triagem, como propõe Caplan (*in* Silva Filho, 2001), para fazer uma busca ativa na população e identificar casos antes que apareçam os sintomas, antes que busquem a consulta. O limiar entre cuidado ao sofrimento psíquico e o poder de coerção é tênue quando se naturaliza o adoecer mental, com a classificação de doenças mentais por meio de diagnóstico de sintomas. O território de subjetividades das relações humanas e do sofrimento pessoal, não material, é definido pela moral, bons costumes, cultura dominante e o poder dos profissionais de saúde, de posse do saber científico.

A perspectiva dominante naturalista propõe diversas técnicas de intervenção clínica e medicamentosa, no âmbito da psiquiatria, psicologia e outras modalidades clínicas. Podem ser feitas intervenções de prevenção às doenças mentais junto às escolas, espaços de trabalho, família e muitos outros. Assim, os conflitos pessoais e de relação, vistos como sintomas psicológicos devem ser modificados pela intervenção clínica legitimada por uma corrente científica (Bezerra Junior, 2001: 137-8).

Em oposição à concepção anterior, os sociogeneticistas defendem que há um adoecimento mental devido à miséria, ao mesmo tempo em que o aumento do oferecimento de serviços ‘psi’ cria necessidades. “A espiral se alarga, indefinidamente, sem que isto implique melhoria das condições de saúde mental da população, mas apenas a psicologização dos problemas sociais e a individualização de mal-estares coletivos” (Bezerra Junior, 139).

Entre o “ponto de vista do espectador”, a quem interessa as determinações sociais e “o ponto de vista do agente, do indivíduo que sente, de uma maneira absolutamente peculiar, a necessidade de ajuda” (Bezerra Junior, 147), existem os serviços e os profissionais de saúde que utilizam instrumentos de intervenção com este ou aquele posicionamento político-ideológico sobre o sofrimento psíquico e a intervenção terapêutica (idem, 147-169).

Illich (1975) fala como o desenvolvimento econômico do setor terapêutico é instrumento de poder e de iatrogenia. As pessoas passam a necessitar de tratamento para se adequar a uma norma desejável, colocando saúde e doença como um campo de disputa de poder e controle sobre as pessoas.

5. O campo “psi”

É eticamente insustentável se abrigar, como tão freqüentemente fazem os operadores “psi”, atrás de uma neutralidade transfêrencial pretensamente fundada sobre um controle do inconsciente em um corpus científico. De fato, o conjunto dos campos “psi” se instaura no prolongamento e em interface aos campos estéticos.

Félix Guattari

A ciência embasada no modelo biomédico, ao se aprofundar nas patologias, separou o corpo em partes e o separou da mente e do meio ambiente. A psiquiatria, criada no século XIX, assume os manicômios, antes na mão de religiosos, e investe esforços para identificar causas orgânicas para as perturbações mentais.

...

um artifício, uma metáfora ou uma analogia, que tem sido institucionalizado e politizado. Temos instalações destinadas ao tratamento dos distúrbios mentais, vistos dogmaticamente como efeitos de distúrbios do corpo em nível molecular, ou profundamente programados em nível genético. Faz parte do que Ivan Illich (1975) chamou recentemente de medicalização de tudo, como uma característica da proliferação do nosso complexo médico-industrial. Aqui se trata da medicalização da mente (Laing, em 1975, *in* Evans, 1979: 272-3).

O tensionamento para mexer na estrutura do manicômio, após a 2ª Guerra Mundial (cap.3), o investimento em pesquisas de medicamentos psicoativos e sua comercialização, sobretudo de tranqüilizantes e antidepressivos, contribuíram para políticas públicas de desospitalização da doença mental, na Europa e sobretudo nos Estados Unidos, passando da internação hospitalar à dependência aos remédios e a uma intervenção terapêutica educativa, como já foi dito no capítulo anterior. São políticas de terapia preventiva das doenças mentais, aliada às drogas e imposição de hábitos, para diminuir as internações e o gasto público com o doente mental, nos EUA e Europa.

Com esses novos medicamentos, os psiquiatras estavam aptos a controlar uma variedade de sintomas e padrões de comportamento de pacientes psicóticos sem causar-lhes uma profunda obnubilação da consciência. Isso ocasionou uma importante transformação na assistência aos doentes mentais. As técnicas de coerção externa foram substituídas pelos sutis grillhões internos do moderno arsenal farmacológico, o que reduziu substancialmente o tempo de hospitalização e tornou possível tratar muitas pessoas como pacientes ambulatoriais (Capra, 1982: 124).

A neurologia atual, na tentativa de manutenção de um modelo mecânico, busca o equilíbrio químico como causa do complexo psicológico do ser humano. A tendência da psiquiatria, baseada nas pesquisas genéticas e nas neurociências é considerar o cérebro como uma glândula neuro-endócrina. Desta maneira, a nosologia diagnostica síndromes e transtornos psicopatológicos, passíveis de serem tratados com drogas que reorganizem a função neuroquímica, buscando explicar a conduta por fatores biológicos (Leite, 2001; Saraceno, 2001).

O diagnóstico psiquiátrico ainda é baseado na classificação dos distúrbios mentais de Kraepelin (1883), atualizada periodicamente pela Associação Americana de Psiquiatria.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais é uma publicação da American Psychiatric Association, Washington D.C., sendo a sua 4ª edição conhecida pela designação “DSM-IV”.

Este manual fornece critérios de diagnóstico para a generalidade das perturbações mentais, incluindo componentes descritivas, de diagnóstico e de tratamento, constituindo um instrumento de trabalho de referência para os profissionais da saúde mental (*In* http://www.psicologia.com.pt/instrumentos/dsm_cid, em 21/01/2006).

Os construtores da psicologia vêm desenvolvendo muitas abordagens teóricas, que definem determinada técnica de intervenção e, assim, alguns estudiosos chegam a dizer que não se pode falar em psicologia, mas em psicologias (Figueiredo, 1991). Porém, se tornarmos o foco da classificação o principal objetivo teórico-técnico, talvez de maneira simplista, mas daria para separar em duas grandes comunidades científicas, que internamente estariam adotando diferentes estilos de pensamento (Fleck, 1936/86). A psicologia científica estaria preocupada com a comprovação experimental do comportamento humano e a psicologia humanista teria seu centro de preocupação fundamental na compreensão, na análise do sofrimento para poder interferir na dinâmica de vida do ser-que-sofre.

As diferentes abordagens teórico-técnicas guardam suas especificidades, mas vimos desenvolvendo o raciocínio no sentido da disposição do profissional à pessoa que atende e desta maneira não somente as especificidades dos pressupostos fazem a diferença, mas principalmente a postura ideológica, que faz parte dos pressupostos, implícita ou explicitamente (Fleck, 1936/86), e que se apresenta no cotidiano de trabalho: a qualidade da disponibilidade do profissional.

... a área da saúde demanda conhecimentos distintos, integrados, porque coloca de forma imediata o problema da intervenção. Isto acena para uma perspectiva que está sendo chamada de transdisciplinaridade, ou interdisciplinaridade, uma vez que esta

intervenção não depende da atuação de um profissional de somente um campo de conhecimento (Da Ros, 2000: 188).

Assim, nem a ciência é pura, como estilo de pensamento, nem o conhecimento é de uma única profissão. A tendência é “na construção de uma proposta de saúde compatível com o modelo defendido pelas entidades mundiais”, “trabalhar com conceitos diferentes, entendendo a riqueza da diversidade” (Da Ros, 188).

5.1. A Psicologia Científica

Da mesma maneira que analisou a medicina, Capra (1982) fala da psicologia científica ocidental, nascida no século XIX, que realizava experimentos para fazer correlações entre atividade mental e estrutura do cérebro. Todo o funcionamento mental podia ser analisado em elementos específicos e o Laboratório de Wundt, por 40 anos, pesquisou o modelo neurofisiológico, como podiam combinar-se esses elementos para formar percepções, idéias e vários processos associativos.

Os behavioristas negaram a existência da mente e estudaram o comportamento a partir de uma *tabula rasa*. Watson, em suas pesquisas sobre o comportamento humano, associou os organismos a máquinas complexas que reagem a estímulos externos e desenvolve o mecanismo de estímulo-resposta.

Introduzindo os conceitos básicos da mecânica newtoniana em sua estrutura teórica, estas são as bases da psicologia científica ocidental. Nas primeiras décadas do século XX, na academia, desenvolviam-se os experimentos dos behavioristas e nomes como Pavlov e mais tarde Skinner, entre outros, fizeram esta história.

As teorias materialistas dos fenômenos psicológicos tiveram a oposição de pesquisadores que enfatizavam a natureza unitária da consciência e da percepção e formaram duas escolas, o gestaltismo e o funcionalismo (evolucionista). A psicologia gestaltista, fundada por Wertheimer, teve como pressuposto que os organismos vivos não percebem os elementos isolados, mas somente em *gestalten*, como totalidades significativas (Capra, 1982: 162-3). W. James (primeiro laboratório de psicologia nos EUA), funcionalista, defende a interação e interdependência de corpo e mente, considerando a consciência como fenômeno pessoal, integral e contínuo, em relação com os desafios ambientais.

As teorias baseadas em modelo biomédico, que requisitam para si o ‘selo’ de científicas, manifestam em sua abordagem ao indivíduo ou aos grupos o objetivo de diagnóstico de uma doença, buscam os sintomas e fazem uso de prescrição de tratamento, para a eliminação dos sintomas, a fim de que, ao proporcionar ao paciente a adaptação ao *status quo*, este conseguiria uma diminuição do sofrimento emocional. Assim é definido o sentido da saúde como a eliminação da doença, dos sintomas e a adaptação ao meio ambiente.

5.2. A Psicanálise como marco humanista

Na área clínica, no final do século XIX, havia psiquiatras incomodados com a ineficácia dos tratamentos nos manicômios, que eram em uma quantidade e tamanhos assustadores na Europa. Freud desenvolveu uma abordagem psicológica, uma psicoterapia que chamou Psicanálise, muito mais perto das Ciências Sociais e Filosofia do que da Medicina (Capra, 1982: 123). Ao mesmo tempo em que transgride a moral vigente, cria um aparelho intrapsíquico (ego, superego e id), em um modelo mecânico, para comprovar a existência do inconsciente e dar base ao corpo teórico que desenvolve com a Psicanálise.

A Psicanálise vai considerar que toda a loucura e as neuroses se enraízam em uma sexualidade perturbada e Freud propõe uma teoria da sexualidade infantil e como a pessoa desenvolve mecanismos de interação com o social (Freud, 1997: *Cinco lições de Psicanálise*, 1909). Freud trouxe o inconsciente ao comportamento e ao sentimento humano. E, apesar das críticas ao sentido dogmático de suas colocações, pela história do século XX pode-se destacar que trouxe a incerteza para a ciência, a complexidade e a dúvida ao maniqueísmo e ao moralismo característicos do século XIX.

Freud coloca o conflito no indivíduo e sua família, na vida privada, assumindo o problema psicológico. “Um forte egoísmo protege contra o adoecimento, mas, no final, precisamos começar a amar para não adoecer, e iremos adoecer se, em consequência de impedimentos, não pudermos amar (Freud, 1914/2004: 106)”.

A Psicanálise vai influenciar o pensamento em Psicologia no século XX e o modo de pensar e sentir de uma sociedade, tornando populares expressões como trauma, complexo, inconsciente, por exemplo. Moscovici contribui para comprovar esta influência com a sua pesquisa sobre as representações sociais da Psicanálise na França, nos anos 1960 (Moscovici, 1961/76).

O conhecimento de si mesmo e o tratamento das neuroses passaram a fazer parte do campo 'psi', que pode ter na Psicanálise o marco de constituição da Psicologia Clínica separada da Psiquiatria, mesmo que ainda vão-se passar anos para que a Psicologia, na maioria dos países ocidentais, venha a se constituir como uma profissão, com curso de graduação nas Universidades, em geral nos centros de Ciências Humanas. Como a história comprova, quase sempre a prática vem antes da mudança acadêmica e não o contrário.

A Psicanálise é a principal Escola em Psicoterapia no Ocidente, mas seus maiores nomes estão entre os dissidentes, o que mostra que não foi a manutenção do dogma a maior marca, mas o desenvolvimento do pensamento integrado à prática e à pesquisa. Podemos citar entre seus mais importantes dissidentes Jung, seu contemporâneo, o discípulo Reich e mais recentemente Lacan, com sua releitura da Psicanálise.

A Psicologia Analítica estruturada por Jung é um encontro com o inconsciente na busca de a pessoa tornar-se consciente. "O sujeito que daí surge está estruturado na polaridade de dois centros, consciente e inconsciente, em que um está inserido nos limites da existência social, enquanto o outro está em relação com a informação inconsciente (Humbert, 1985: 138)". Jung fala que "a personalidade do terapeuta é o grande fator curativo da psicoterapia" (Jung, *in* Humbert, 1985: 128). Utiliza o termo psicoterapia para todo o tipo de terapia psicológica e as distingue entre as que se limitam à cura de sintomas e as que levem ou não em conta o inconsciente (ver 7.2).

Capra considera que as idéias de Jung acerca da dinâmica dos fenômenos mentais aproximaram-se bastante da concepção sistêmica, que veio a se desenvolver posteriormente, "via a psique como um sistema dinâmico auto-regulador, caracterizado por flutuações entre pólos opostos" (1982: 352).

Reich, nos anos 1920, coloca a Psicanálise em prática no novo Estado Socialista, a União Soviética, propondo a liberdade sexual dos jovens como a possibilidade de se criar uma sociedade saudável. Compreende, com base na Psicanálise, que se as pessoas adoecem pela repressão, se houver experimentação pela liberdade sexual, as pessoas serão mais saudáveis, mas a sociedade não tolera e foi expulso do Partido Comunista. Posteriormente, por suas divergências teóricas e políticas sobre a sexualidade acaba por ser expulso da Sociedade de Psicanálise e segue para os EUA. Perseguido pelo macartismo, morre em 1957 na prisão, de um suposto ataque cardíaco (Dahmer, 1973: 73-120 e Freire,

R. 1988: 84-119). Seus estudos sobre o câncer³, entre outros, continuam abandonados, tanto pela medicina como pela psicologia. Certamente, a teoria e prática de Reich, demonstrando a miséria emocional pelo corpo (soma e psique) e organização social, e inserindo a relação entre corpo e psique, mexeu com a estrutura mecânica do *status quo* científico e os valores ideológicos tanto do capitalismo como do socialismo real. Foi marcada historicamente a resistência pelo grupo de psicanalistas e filósofos marxistas que realizaram a Sexpol (Dahmer, 1973: 73-120 e Fernbach, 1973: 230-244).

Szasz, psiquiatra americano, coloca que para entender o conceito moderno de doença mental podemos olhar a diferença entre o sentido da origem da profissão médica, no alívio do sofrimento humano, e o da psiquiatria: “A psiquiatria se iniciou com os familiares de pessoas problemáticas buscando alívio para o sofrimento deles, causado pelo (mau) comportamento do parente (1994: 161).” E coloca Freud como um marco, com as idiossincrasias e o mal-estar que possibilitaram que ele se tornasse um dos maiores articuladores do pensamento do século XX e faz duras críticas aos psicanalistas.

A revolução freudiana, baseada na proposição de que os sintomas mentais possuem significado e de que o paciente do psicanalista deve ser uma pessoa independente, que coopera com seu terapeuta, surgiu em oposição dialética a esta perspectiva psiquiátrica clássica. Entretanto, os membros de ambos os grupos aceitaram o dogma da existência literal da psicopatologia (comportamento anormal como doença) e os psicanalistas apoiaram a autoridade psiquiátrica para coagir e desculpar seus pacientes (submissão civil e defesa da insanidade) (Szasz, 1994: 192).

A relação entre medicina e saúde é difícil de ser avaliada, pelo fato de o modelo biomédico não inserir a relação humana e o meio ambiente em interação. Assim, apesar de a medicina contribuir para a eliminação de certas doenças, a sociedade não se tornou mais saudável por isso. Na concepção holística, a manifestação física é uma das expressões do desequilíbrio do organismo e é possível que a supressão de sintomas por intervenção médica (modelo biomédico) leve o organismo a se manifestar de outro modo (Capra, 1982: 129).

Se estou perturbado, posso estar perturbado espiritual, intelectual, emocional e fisicamente. Muitos neurologistas, encontrando alguma coisa, como dizem eles orgânica, acham que isto é tudo. O conteúdo desta sobrecarga fica fora de cogitação. Mesmo a noção de que um sistema social tem efeitos ‘orgânicos’, é remota para muitos médicos (Laing, 1979: 273).

Para entendermos a dor e sermos capazes de aliviá-la no processo da cura, devemos considerá-la em seu contexto mais amplo, que inclui as atitudes e

³ *A biopatía do câncer*, de Wilhelm Reich, tradução para o Português anônima, datilografada, sem data.

expectativas mentais do paciente, seu sistema de crenças, o apoio emocional da família e dos amigos, e muitas outras circunstâncias. (Capra, 1982: 135)

Há profissionais de saúde mais preocupados com a doença do que com o *modus vivendi*, assim, tornam-se pouco críticos em relação ao seu próprio papel social.

5.3. A Psicologia Humanista

As abordagens humanistas, em princípio, colocam o terapeuta disponível à interação com a pessoa, grupos, coletivos que o procuram ou aos quais ele vai ao encontro. Digo em princípio, pois os entendimentos de ‘seguidores’ de ‘linhas teóricas’ muitas vezes se apegam à forma e deixam o cerne ideológico de lado, em uma suposta busca de neutralidade científica (Fleck, 1936/86). Assim, podemos ter aparentemente profissionais trabalhando com determinada abordagem humanista, mas na prática a postura é biomédica, de distanciamento da cena terapêutica ou com a intenção de definir à pessoa, fragilizada pelo sofrimento, o que esta precisa e os meios de se alcançar a ‘saúde’ prometida, por meio das soluções definidas pelo profissional, que detém um poder social de conhecimento.

A ideologia humanista está acima da aparência teórico-técnica, vamos amparar em Laing, mas poderia ser em Guattari, Roberto Freire ou Reich, Rogers, Rollo May e ainda outros tantos na área clínica ou na psicologia social brasileira. A proposta fundamental, o estilo de pensamento comum é não definir e diagnosticar as pessoas e as comunidades, mas se dispor a compreender como se processa o sofrimento individual e as dinâmicas sociais nas diversas comunidades, grupos, coletivos e instituições em uma sociedade.

Laing, antipsiquiatra escocês, fala que a química do corpo é uma contingência de ressonância da situação social e psicológica, ambiental e comunicacional dos seres vivos, é sensível a tudo o que acontece com a pessoa. **Considera um erro classificar e diagnosticar as pessoas e o que elas apresentam, o ser-no-mundo.** Não é possível integrar apenas com palavras, como psicossocial, psicossomático, psicopatologias, se o **outro diante de mim não for visto como pessoa igual a mim** — ao invés de organismo em seus planos de complexidade molecular, celular, sistêmico ou orgânico —, **um agente autônomo, capaz de optar e que traz consigo experiências** (Laing, 1960/75: 15-26). “A própria existência da psicopatologia perpetua o dualismo que a maioria dos psicopatologistas deseja evitar e que é nitidamente falso (Laing, 1960/75: 23).”

Supõe-se que quando duas pessoas sadias por consenso geral se encontram, um reconhece o outro como a pessoa que o outro julga ser. **Mas quando de uma pessoa foi tirada a credibilidade familiar ou social de que é sadia, ela paga por não partilhar da verdade comunal.** O profissional julga segundo categorias próprias diante das quais aquele que está desesperado inevitavelmente fracassa. É difícil transportar-se ao mundo de uma pessoa cujas experiências podem ser totalmente carentes de qualquer certeza existencial. Pode ter medo de perder a identidade, sofrer um sentimento de vazio, pode estar petrificada pelo medo da perda de si mesmo. Diante de um interrogatório e de uma postura de desconfiança é fácil que uma pessoa em tal estado de fragilidade sintasse ameaçada (Laing, 1960/75: 27-66).

Minha impressão, com base na prática e experiência psiquiátrica, é que a única coisa importante, que realmente faz diferença, para as pessoas que estão num estado de angústia, é encontrar outro ser humano que realmente esteja lá, com uma presença real para elas. E isto é muito raro (Laing, *in* Evans, 1979: 282).

Rollo May, psicanalista americano, em toda a sua obra, fala de maneira similar e descreve a sessão terapêutica como uma troca de *selves* (si mesmo). Laing, Cooper, Roberto Freire, Rogers, Rollo May, Guattari, entre outros, consideram o espaço terapêutico como de troca entre pessoas e que o conhecimento e a postura ético-política fazem parte da pessoa que representa o terapeuta. O terapeuta "...em sua forma grega *'therapeutes'*, é 'servidor' ou 'assistente'. Portanto, sustentou Laing, um terapeuta deveria ser um especialista em prestar atenção e em ter consciência de uma situação" (Capra, 1988: 93)". Assim, "adoecer e curar-se são partes integrantes da auto-organização de um organismo", em inter-relação com o meio ambiente de que é parte integrante (Capra, 1982: 320). "A sabedoria sistêmica baseia-se num profundo respeito pela sabedoria da natureza" (idem, 381).

O psicoterapeuta, independente da abordagem, tem função de desequilibrar o sistema. Este sistema programado vai mal, senão a pessoa ou família não procurariam ajuda (Elkaim, 2000: 48). "A terapia... serve para ajudar o indivíduo ou a família a transformar sua história coletiva ou individual. ...Na conversação terapêutica procuramos, essencialmente, favorecer a transformação..." (Sluzki, 2000: 62-3).

É interessante que Foucault fala sobre medo, pânico, ansiedades e angústia nas cidades no século XVIII, quando hoje a pseudociência fala que o estresse é um fenômeno moderno (Foucault, 1985: 87). Se olharmos o mesmo fenômeno pela visão sistêmica, estaremos falando em interrelação e interdependência de todos os fenômenos, como

biológicos, psicológicos, sociais e culturais, transcendendo as fronteiras disciplinares e conceituais (Capra, 1982: 259).

Uma postura ético-política é assunto de muitos pensadores desde a Grécia Clássica. Guattari propõe, de maneira simples, a ecosofia, em que considera três registros ecológicos: meio ambiente, relações sociais e subjetividade humana, como os potenciais para que se encontrem outras formas de viver, pois “corremos o risco de não mais haver história humana se a humanidade não reassumir a si mesma radicalmente” (1990: 54).

Em o final do *O ponto de mutação*, Capra de outra maneira diz o mesmo:

...o movimento da ecologia profunda exigirá mudanças radicais em nossa percepção do papel dos seres humanos no ecossistema planetário. Enfim, requer uma nova base filosófica e religiosa.

A ecologia profunda é apoiada pela ciência moderna e, em especial, pela nova abordagem sistêmica, mas tem suas raízes numa percepção da realidade que transcende a estrutura científica e atinge a consciência intuitiva da unicidade de toda a vida, a interdependência de suas múltiplas manifestações e seus ciclos de mudança e transformação (Capra, 1982: 403).

Sem intenção de generalizar, é possível colocar uma preocupação com um entendimento das teorias psicológicas de maneira fundamentalista e não dialética. Se há matriz psíquica humana, como a Psicanálise (Freud) e a Psicologia Analítica (Jung) vêm pesquisando e intervindo clinicamente com esta estrutura epistemológica, há também a unicidade do ser, o indivíduo único e em relação com o ambiente, em que estão incluídos os seres humanos. Não há como separar a pessoa de seu contexto cultural, como se pode compreender na Filosofia ocidental e oriental e na Física Quântica (Heisenberg, 1958/99 e Capra, 1982). Matrizes ou padrões que existam na formação da psique, certamente estão inter-relacionados à experiência social, no contexto da comunicação, sem possibilidade de separação entre pensamento e emoção, para além do exercício intelectual. Assim, as culturas, condições sócio-econômicas e especificidades familiares e do sistema de saúde podem influir na configuração do pensamento, atitude e expressão das emoções na comunicação humana (Bezerra Junior, 2001: 140-2 e Capra, 1988).

6. Políticas de Saúde Mental

O objetivo deste capítulo é contextualizar os serviços a serem pesquisados, o psicólogo na atenção básica, e para tanto é preciso compreender em linhas gerais a construção do SUS, alguns aspectos da política de saúde mental e a política de saúde mental no município de Joinville, especificamente para a atenção básica em saúde mental.

A construção do Sistema Único de Saúde teve sua semente plantada pelo movimento sanitário, ao final dos anos 1970, que surgiu da associação de vários movimentos que se organizaram nos anos duros da ditadura militar, formados por estudantes, profissionais da área de saúde e sociedade civil, contra o complexo médico-industrial. Foram, nessa década, realizadas as primeiras residências em saúde comunitária, debates, pesquisas e publicações sobre saúde pública e saúde coletiva. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, a primeira com participação popular, encaminhou para a Constituinte suas propostas, que definem a construção de um sistema de saúde público de direito universal (Da Ros, 2004: 224-244 e 2005: 59-69).

A Constituição Federal, de 1988, em seus artigos 196 a 200, e a Lei Orgânica do SUS (Lei 8080/90 e Lei 8142/90) constituem o marco legal para a construção de uma rede de serviços de direito universal, planejada com descentralização no financiamento e nas ações, que deve ser construída com integralidade e equidade, oferecendo serviços em todos os níveis de atenção, com controle da sociedade sobre o Estado (controle social), por meio dos Conselhos de Saúde.

Durante a ditadura militar (1964-1984) vêm à tona as denúncias de maus tratos, tortura e abandono nos manicômios no país, práticas comuns neste tipo de instituição, uma mina de ouro do complexo médico-industrial. O movimento de luta antimanicomial tomou corpo nos anos 1970/80 pelo fim dos manicômios e por uma rede de serviços substitutivos, com a participação de profissionais de saúde, pessoas que haviam passado por internação e familiares de pessoas com histórias de graves sofrimentos psíquicos.

A reforma psiquiátrica legal no Brasil tem seu marco com a Lei Federal 10.216/01, uma conquista do movimento pela luta antimanicomial, que tem sua raiz

estrutural na reforma italiana. Basaglia esteve no Sudeste do Brasil, em 1979, e foi uma força propulsora para o movimento pela luta antimanicomial. Foi um grande militante pelo fim dos manicômios, o que efetivamente ocorreu na Itália, e andou em muitos países conversando com os profissionais e estudantes e conhecendo os manicômios e as condições sociais desses países. Sua maior contribuição é de que os serviços precisam ser inseridos na comunidade e que os profissionais devem ser militantes para que se mude uma cultura de que o louco é perigoso e deve ser isolado da sociedade. “Eu sou um psiquiatra que quer dar ao paciente uma resposta alternativa àquela que foi dada até agora (Basaglia, 1982: 113)”.

6. 1 Política Nacional de Saúde Mental

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS são considerados os “dispositivos estratégicos para a organização da rede de atenção em saúde mental”, na efetivação da Reforma Psiquiátrica, com “progressivo deslocamento do centro do cuidado para fora do hospital, em direção à comunidade”. Assim, continua o documento “Saúde Mental no SUS: Os Centros de Atenção Psicossocial” (MS, 2004: 78-83), mantendo a compreensão do SUS sobre rede e território, a política de saúde mental propõe a efetivação de uma relação de co-responsabilização dos CAPS com a atenção básica.

Os CAPS são destinados ao atendimento de pessoas que

apresentam intenso sofrimento psíquico, que os impossibilita de viver e realizar seus projetos de vida. São, preferencialmente, pessoas com grave comprometimento psíquico, incluindo os transtornos relacionados às substâncias psicoativas (álcool e outras drogas) e também crianças e adolescentes com transtornos mentais (MS, 2004: 78).

E o Ministério da Saúde considera transtornos mentais leves as “queixas psicossomáticas, problemas associados ao uso de álcool e outras drogas, dependência de benzodiazepínicos, transtornos de ansiedade menos graves etc”. Em seu cotidiano, as equipes de atenção básica se deparam com esses problemas e é considerado pela política nacional que

existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença, às vezes atuando como entrave à adesão a práticas preventivas ou de vida mais saudáveis. Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também – e sempre – mental, e que toda saúde mental é também – e sempre – produção de saúde (MS, 2004, 79).

Os princípios fundamentais para uma articulação entre saúde mental e atenção básica são sintetizados como segue: noção de território, organização da atenção à saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade e interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania dos usuários e construção da autonomia possível de usuários e familiares.

A proposta de apoio matricial da saúde mental às equipes da atenção básica deve se dar com co-responsabilização de casos, por meio de supervisão e intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades. Essa proposta pretende que se ultrapasse a lógica do encaminhamento e gradativamente se possa efetivar a interdisciplinaridade e a “ampliação da clínica na equipe”, que é definida como “o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso (MS, 2004: 80)”. Assim, riscos como os sociais e outros se incorporam à avaliação clínica.

Para o caso do número de CAPS (Portaria GM nº336/02) ser insuficiente, podem ser compostas equipes de saúde mental para apoio matricial. As equipes de saúde mental devem ser compostas no mínimo por “um médico psiquiatra (ou generalista com capacitação em saúde mental), dois técnicos de nível superior (psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro etc.) e auxiliares de enfermagem, para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 e 30 mil habitantes” (MS, 2004: 80). A formação de equipes de apoio matricial não exclui a continuidade na implantação de CAPS e outros aparelhos do planejamento substitutivo ao manicômio.

As ações conjuntas devem priorizar casos de transtornos mentais severos e persistentes, egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativa de suicídio, uso abusivo de álcool e outras drogas e vítimas de violência doméstica.

As ações de saúde mental na Atenção Básica devem obedecer ao modelo de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento (Saúde Mental no SUS, 2004: 79).

Nos anos 1990 foram publicadas leis estaduais em oito Unidades da Federação, inspiradas no Projeto de Lei Paulo Delgado, que com alterações foi promulgada a Lei em abril de 2001. A Lei Federal nº10.216/01 “Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde

mental”, uma conquista do movimento da luta antimanicomial, com a participação de trabalhadores da área de saúde, ex-internos de hospitais psiquiátricos e seus familiares. Nos anos 1990 foram publicadas várias portarias pela normatização de substitutivos ao hospital psiquiátrico, que foram ampliadas e reformuladas após a aprovação da Lei Federal nº10.216/01 (MS, 2002). Complementam a legislação a Lei Federal nº9.867/1999, que “Dispõe sobre a criação e o funcionamento de Cooperativas Sociais, visando à integração social dos cidadãos...”; a Lei Federal nº10.708/2003 (Volta para Casa), que “Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internação.” e o Decreto de 28/05/2003, que “Institui Grupo de Trabalho Interministerial para os fins que especifica e dá outras providências.”, sendo incluídos os Ministérios da Saúde; Justiça; Cidades; Educação; Assistência Social; Agricultura, Pecuária e Abastecimento; Meio Ambiente; Fazenda; Secretaria Especial de Direitos Humanos; Secretaria Nacional Antidrogas e Advocacia-Geral da União e portarias que normatizam a rede de saúde mental do SUS em seus aspectos de financiamento, organização e serviços (MS, 2004).

6. 2. Joinville, Rede de Saúde Mental

A população do município de Joinville, à época desta pesquisa, era estimada em 487.045 habitantes, com a atenção básica organizada em 56 unidades básicas de saúde, incluindo as nove regionais de saúde, com área de abrangência entre 40 e 70 mil habitantes (ver quadro em 6.2.1.1), com exceção da Regional de Pirabeiraba, com pouco menos de 20 mil habitantes, talvez pela baixa densidade populacional e grande extensão territorial (Anexo 1).

A cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família – PSF é de 31,24%, referente a 141.840 habitantes; a cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS alcança 244.319 habitantes, que são 52,82% da população do município, com 185 equipes de agentes comunitários de saúde.

Os serviços de referência em saúde mental são (Anexo 2):

Pronto Acolhimento Psicossocial - PAPS

Funciona como porta de entrada para a população que busca atendimento em saúde mental. É norteado pelo acolhimento, oferecendo o encaminhamento adequado e o acesso às ações de saúde mental no município; se necessário oferece o primeiro atendimento médico.

Não atende pessoas apresentando comportamento agitado, agressivo, delirante (em surto), que necessitam de intervenção imediata. Estas deverão ser referenciadas aos Pronto-Socorros.

Não atende pessoas em busca de atestado para o INSS e porte de arma.

CAPS II - Centro de Atenção Diária “Nossa Casa” – CAD

Atende pessoas acima de 16 anos, que necessitam de acompanhamento intensivo e diferenciado das ações desenvolvidas em ambulatório. Prioriza a clientela com sofrimento psíquico grave, evitando e/ou diminuindo reinternações psiquiátricas, sendo um recurso intermediário entre a internação hospitalar e a rede ambulatorial.

CAPSad - Unidade de Atendimento em Dependência Química – UADQ

O Serviço é referência para os atendimentos a usuários de álcool e outras drogas (exceto tabaco), extensivo aos familiares. Funciona no modelo de porta aberta e o tempo de permanência no serviço é indefinido e todo o processo de tratamento é definido junto com o paciente.

Núcleo de Atenção Integral a Pacientes Especiais – NAIPE

Atende pacientes portadores de paralisia cerebral; autismo; síndromes genéticas e deficiência mental.

Núcleo de Apoio Pedagógico – NAPE

Atende crianças que apresentem distúrbios de aprendizagem (escrita, leitura, linguagem, aritmética) ou deficiência mental leve (síndrome de Down, paralisia cerebral com capacidade de locomoção), com laudo e/ou acompanhamento médico, especialmente da Rede Municipal de Ensino, com morosidade considerável na aquisição de conceitos gerais, apesar da intervenção interativa do professor, com esgotamento dos recursos da escola.

Hospital Regional Hans Dieter Schmidt - HRHDS

Atende pessoas apresentando comportamento agitado, com auto ou hetero-agressividade ou delirantes.

Há encaminhamento para internação em Bocaina do Sul, Florianópolis⁴ e São Francisco do Sul, conforme “Fluxograma do Serviço de Saúde Mental”.

As informações acima constam do Portal Saúde Joinville (30/12/2005) e das Diretrizes de Referência Serviço de Saúde Mental 2004/2005 (Anexo 2).

⁴ Possivelmente em São José, no Instituto de Psiquiatria do Estado – IPQ, pois em Florianópolis não há hospital psiquiátrico.

Conforme acima, foram elaborados os documentos que norteiam as ações em saúde mental na atenção básica: Diretrizes de Referência Serviço de Saúde Mental 2004/2005 e Protocolo de Dispensação de Fluoxetina, ambos assinados pela Comissão de Saúde Mental do município.

6.2.1.1. “Diretrizes de Referência Serviço de Saúde Mental 2004/2005”, de 18/11/04, com a função de direcionar a organização das equipes de saúde mental na atenção básica e a relação de referência e contra-referência com os serviços de saúde mental. Neste documento constam os seguintes tópicos: 1. Recepção dos pacientes; 2. Agendas; 3. Redefinição da agenda do psiquiatra; 4. Competências das referências (PAPS, CAD; HRHDS, UADQ, NAIPE, NAPE e NAP); 5. Atendimento em grupo e ações de saúde coletiva; 6. Busca ativa; 7. Interação das ESM/UBS/USF; 8. Educação continuada; 9. Supervisão das equipes de saúde mental; 10. Estruturação das equipes (atenção básica, CAD, UADQ); 11. Comissão de Saúde Mental (Anexo 4).

O tópico 1, Recepção dos pacientes, trata do acolhimento e triagem da demanda das equipes de saúde mental, conforme segue:

1 – Recepção dos pacientes:

As equipes de saúde mental deverão ter o serviço de acolhimento aos pacientes referenciados, de forma sistematizada, no mínimo semanalmente, conforme a capacidade das equipes.

Acolhimento: agendamento dos pacientes novos individualmente ou em grupo, com o objetivo de apresentar o serviço e os profissionais envolvidos. Neste momento os pacientes apresentam a queixa sumária e o encaminhamento referenciador. No caso do grupo, as pessoas que se sentirem constrangidas devem ser encorajadas à participação e caso não seja possível serão ouvidas individualmente.

Assim, as equipes poderão organizar as agendas por prioridade, dinamizando o fluxo da demanda a ser adequada às possibilidades do serviço.

Triagem: momento subsequente ao acolhimento. Consiste no detalhamento da queixa, exploração psicodinâmica, formulação da hipótese diagnóstica, definição de projeto terapêutico, contrato e/ou encaminhamento.

O entendimento destas ações e a forma como estão nomeadas ainda estão em processo de elaboração para chegarmos em uma padronização (Anexo 4).

O tópico 2, “Agendas”, trata de um único assunto, a prioridade que a equipe deve dar aos encaminhamentos dos serviços de referência em saúde mental, justificado segundo orientação do Ministério da Saúde, que “ações de Saúde Mental devem ser organizadas por grau de complexidade, indo do mais grave ... para o menos grave” (p.1).

O tópico 3, “Redefinição da agenda do psiquiatra”, ao separar a agenda do psiquiatra, que segundo o tópico 10, é integrante da equipe de saúde mental nas regionais

de saúde, cria uma incoerência. Define uma carga horária diferenciada ao psiquiatra (3h/dia, mínimo de 6 consultas) e que o ‘paciente já lotado na regional é de responsabilidade da equipe’.

O tópico 4 apresenta os modelos de formulários de encaminhamentos de referência e contra-referência e as unidades envolvidas nos serviços em saúde mental no município, conforme já descrito em 6.2.

Os tópicos 5, 6 , 7 e 9 referem-se às orientações à equipe para a atenção aos transtornos psíquicos graves. O tópico 5, “Atendimento em grupo e ações de saúde coletiva”, define que os chamados pacientes crônicos e seus familiares devem receber atendimento em grupos específicos nas regionais, um de pacientes crônicos e outro de familiares, “com participação do psiquiatra, o que não exclui atendimento individual e medicamentoso”. Devem ser criadas “alternativas de inserção social dos usuários em parceria com representações comunitárias”. E que “os grupos de prevenção e de apoio deverão ser monitorados pelas equipes de saúde mental no sentido de fornecer subsídios e supervisão para sua realização” (p.9). Não havia sido abordada a realização destes grupos, mas supõe-se que seja para a mesma clientela, posto que todo o documento trata de acometimentos previstos para a rede de saúde mental. Falta algum esclarecimento sobre como se dá este procedimento.

O tópico 6, “Busca Ativa”, “é o eixo da rede de vigilância” e propõe um monitoramento dos pacientes graves e crônicos, principalmente egressos de hospitais e do CAD, para que dêem continuidade ao tratamento. Isto deve ser feito pela equipe de saúde mental e enviados formulários periódicos ao CAD (CAPS II) (p.9).

O tópico 7, “Interação das ESM/UBS/USF”, refere-se ao apoio matricial das equipes de saúde mental às equipes das unidades básicas, dando supervisão e promovendo discussões de casos, estudo de temas e organização do fluxo de encaminhamentos.

O tópico 8, “Educação Continuada”, dá informações sobre várias capacitações realizadas e informa que “foram levadas” propostas ao Pólo de Capacitações⁵ para curso de especialização em terapia sistêmica ou comunitária (p.9 e 10).

O tópico 9, “Supervisão das Equipes de Saúde Mental”, diz que esta é realizada pelo Núcleo de Apoio Técnico (NAT), que tem como função implementar e gerenciar os programas de saúde da rede municipal, por meio de reuniões e apoio técnico que possibilite a integração dos serviços (p.10).

⁵ Possivelmente Pólo Locorregional de Educação Permanente

O tópico 10, “Estruturação das Equipes” refere-se à composição das equipes de saúde mental nas nove regionais (ver quadro em 6.2). Consta o nome dos profissionais e assim, foi retirado, por questões éticas, do Anexo 4. Segue uma tabela com a composição das equipes em cada regional (segundo semestre de 2005):

Regional	Psicólogo	Terapeuta ocupacional	Psiquiatra	Assistente social	população⁶
Floresta	2	1	1	X	50.927
Fátima	2	1	2	X	56.224
Vila Nova	1	X	1	X	41.198
Aventureiro	2	1	1	X	71.783
Comasa	2	1	1	X	62.273
Jarivatuba	2	1	1	1	63.924
Pirabeiraba	1	1	1	X	19.136
Centro Bucarein	1	X	1	X	45.846
Costa e Silva	2	1	1	X	66.660
Total	15	7	10	1	477.971

Equipes de Saúde Mental nas Regionais de Saúde de Joinville

A formação da equipe com essas profissões e essa referência populacional precisa de análise. Há uma pesquisa sobre o perfil sócio-demográfico e epidemiológico de profissionais de saúde e necessidade de cursos, cujos resultados só foram parcialmente divulgados, não tendo assim o resultado da Psicologia (ver cap.8).

Finalmente, o tópico 11, “Comissão de Saúde Mental”, traz a composição da mesma e a abertura para receber contribuições para a elaboração do Protocolo de Saúde Mental, não publicado até esta data.

6.2.1.2. “Protocolo de Dispensação de Fluoxetina”, de 04/04/2005, “visando à racionalização do uso de Fluoxetina na “Rede de Atenção Básica”, normatiza “os critérios para dispensação, estimulando o tratamento adequado dos transtornos depressivos e ansiosos”. Constam os seguintes tópicos: 1. Profissionais Clínico Geral e Médico Geral Comunitário; 2. Profissionais Psiquiatras e 3. Os Usuários; ao final, a composição da Comissão de Saúde Mental que assina o documento (Anexo 5).

A Secretaria Municipal de Saúde, atendendo à demanda dos clínicos e da psiquiatria, inseriu na cesta de remédios a fluoxetina, que vem sendo prescrita em números alarmantes, segundo o Núcleo de Apoio Técnico. A Comissão de Saúde Mental do município publicou o Protocolo de Dispensação de Fluoxetina, em abril de 2005. O Núcleo de Apoio Técnico (NAT) orientou as equipes de saúde mental para que exerçam a função

⁶ n° de habitantes, conforme portal da SMS de Joinville.

de equipes matriciais junto aos médicos das unidades básicas de saúde (PSF ou não), para que estes possam realizar os ‘grupos de medicação’ (Anexo 5: 1B). São responsáveis pelo diagnóstico de “doença depressiva e ansiosa” e prescrição da droga medicamentosa fluoxetina, o “Clínico Geral ou Médico Geral Comunitário”. “Em função da organização do Serviço de Saúde Mental, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde”, o psiquiatra “deverá priorizar casos graves e crônicos” (Anexo 5: 2).

Há uma preocupação da Secretaria Municipal de Saúde, do Núcleo de Apoio Técnico e da Comissão de Saúde Mental, com a prescrição de fluoxetina e, para racionalizar sua prescrição, foi publicado o Protocolo de Dispensação de Fluoxetina. O Núcleo de Apoio Técnico tem a intenção de que os grupos chamados ‘grupos de medicação’ sejam grupos de apoio, ofereçam informação sobre o diagnóstico e o uso da medicação e possam propor atividades que reduzam a ansiedade.

6.2.1.3. Pequeno Príncipe e Catavento, dois projetos que podem virar história. Sendo este um serviço com uma história mais velha que o SUS, há práticas instaladas anteriormente a esta gestão. Alguns dos psicólogos entrevistados foram contratados em 1988, sendo efetivados por concurso em 1990. De lá para cá, periodicamente há concurso para psicólogos, sendo que houve contratações em 2005 e ainda há aprovados em tempo para serem chamados, apesar de não haver plano para novas contratações em 2006.

Há dois projetos criados e desenvolvidos há anos que permanecem na prática dos psicólogos: o Catavento e o Pequeno Príncipe. O Catavento é um projeto de realização de grupos terapêuticos para pessoas com ansiedade e em processos depressivos. O nome simboliza a mudança, como o vento que nunca fica parado e não se repete.

O Pequeno Príncipe é o acompanhamento do desenvolvimento infantil, separado nas faixas de 0 a 6 anos e de 7 a 12 anos. O acompanhamento é feito pelo Cartão da Criança – Ficha Individual de Observação do Desenvolvimento (R.E.V.I.D.I.) (Anexo 6), que possibilita uma visão geral do comportamento motor, psicológico e social da criança. A proposta é oferecer uma atenção integral à criança, que engloba ações já incorporadas ao SUS, entre outras: acompanhamento do aleitamento e nutrição, teste do pezinho, desenvolvimento da aprendizagem, relação com a escola, orientação aos pais em questões de relacionamento, saúde oral, ocular e auditiva, possibilidade de diagnóstico precoce de síndromes congênitas. É um trabalho preventivo, desenvolvido pela educadora Heloísa Marinho (500 anos de Educação Escolar, 2000: 5-18) e adaptado à

realidade de Joinville. Essas informações me foram transmitidas por alguns dos entrevistados, como segue em um pouco desta história.

(E2)

Quando organizamos este trabalho, havia vários profissionais, tinha enfermeiro, pediatra, mas acabou ficando uma referência da saúde mental, porque as outras pessoas acabaram deixando de fazer.

Fizemos um treinamento. Começou em 90, 91, por aí. Tínhamos um grupo de estudo, de duas horas semanais, discussão de casos e estudo, como Vygotsky. A gente trabalhava muito com a questão da co-construção. Conseguimos por muitos anos esse espaço para estarmos trocando, para quem chegasse ao serviço falasse a mesma linguagem, a gente estar garantindo que as orientações fossem adequadas e que a gente conseguisse ter essa troca de experiência e cada equipe que fizesse o cartão estar tendo a mesma filosofia, a mesma linguagem.

Nas equipes de saúde mental com dois psicólogos até pouco tempo, um trabalhava com crianças e o outro com adolescentes e adultos. Agora o indicativo é que não haja mais esta divisão. Na prática, como veremos adiante, existem as duas formas de trabalho, dependendo da Regional.

E12

...vai aprofundar em capacitação na faixa infanto-juvenil, voltada a todos os psicólogos. O que deixou de existir foi uma reunião que estava descontextualizada do que se está pedindo de política de saúde mental. Era uma reunião mensal de 6 horas que a gestora pediu pra encerrar.

As Diretrizes falam da relação com o Núcleo de Apoio Pedagógico (NAPE), com um enfoque de diagnóstico e separação de clientela da saúde e da educação, o que é problema de aprendizagem e o que é problema emocional.

Este breve registro sobre o Catavento e o Pequeno Príncipe, grupo terapêutico para adultos e acompanhamento do desenvolvimento infantil, respectivamente, ficam aqui para a memória da atenção básica em Joinville, sobre trabalhos que vêm perdurando e com possibilidades para o presente e futuro, como veremos nos 'Resultados'.

6.2.1.4. A atenção básica no campo 'psi'

As Diretrizes mostram que o objetivo é efetivar uma relação em rede que favoreça a atenção ao usuário, por meio de referência, contra-referência e monitoramento dos usuários, com preenchimento de formulários que permitam a vigilância em saúde e a avaliação pelo Núcleo de Apoio Técnico. Existe uma Comissão de Saúde Mental que congrega representantes dos diferentes serviços, níveis de complexidade e profissões,

com a função de discutir, normatizar e acompanhar a política de saúde mental no município.

As equipes de Saúde Mental devem dar apoio matricial às equipes de unidades básicas de cada Regional, com supervisão, discussão de casos, estudo de temas e organização do fluxo de encaminhamento. “Os grupos de prevenção e de apoio deverão ser monitorados pelas Equipes de Saúde Mental no sentido de fornecer subsídios e supervisão para sua realização” (p.9). As Diretrizes afirmam que devem ser cumpridas as orientações do Ministério da Saúde, dando prioridade ao mais grave, assim priorizando os encaminhamentos do CAD (CAPS II).

A prática, conforme as palavras da psicóloga do NAT:

(E12)

Na atenção básica, a saúde mental vai fazer o atendimento das intercorrências clínicas através de atendimento individual e em grupo, têm muitos grupos sendo realizados. Vai atender aos programas assistenciais que já vêm prontos do governo, do tipo ‘saúde da mulher’, ‘saúde do adulto’, ‘saúde da criança’. E ...naquilo que a comunidade solicita, por exemplo, às vezes eles pedem uma palestra numa escola ou grupo que já esteja funcionando na comunidade e a gente faz esse tipo de ação também. E afora isso, o apoio matricial que é hoje a grande novidade que vem como diretriz do Ministério, que são essas reuniões periódicas, o atendimento ocasional na ponta quando necessário. E agora as equipes têm-se movimentado para fazer grupos terapêuticos nas unidades (Regionais).

No Sistema de Informações de Atenção Básica (SIAB), segundo o Núcleo de Apoio Técnico (NAT), podem ser computadas, com código específico, as ações em: oficina terapêutica, grupo, atendimento individual e palestras. A psicóloga informou igualmente que ainda não há um código específico para reunião de apoio matricial e acompanhamento de ‘crônicos’.

Finalizando, a atual gestão tem a intenção de “fazer com que as ações sejam muito maiores do que vêm sendo, essa coisa reduzida de consultório, de faixa etária.... E, sobretudo, fazer ações que dinamizem o ...trabalho ...não fique estagnado como estava, ...[definido] por diagnóstico, por procedimento” (E12).

7. A intervenção no campo 'psi'

Sem intenção de discorrer sobre os recursos de intervenção que existem no campo 'psi', este capítulo limita-se a estabelecer bases teóricas para algumas das práticas de intervenção no SUS de Joinville pelas equipes de saúde mental.

7.1. Rede substitutiva de saúde mental

A rede de saúde mental no SUS é baseada na reforma italiana, que tem em Basaglia seu principal militante. Em 1979 esteve no Brasil, deu várias conferências e viu as condições sub-humanas em que se encontravam milhares de pessoas nos manicômios. É interessante como eram férteis esses dias, em que o movimento pela luta antimanicomial tomava corpo e também o movimento sanitário.

Na prática, o *Manual de Saúde Mental – Guia básico para atenção primária* (1991/2001) – elaborado por três italianos, Saraceno, Asioli e Tognoni, a partir da experiência de reforma na Nicarágua, publicado na coleção Saúde e Loucura, dirigida por Antonio Lancetti. A publicação é uma proposta semelhante às da reforma psiquiátrica no Brasil e apoiada por alguns de seus forjadores.

O trabalho é baseado em diagnóstico, composto pela descrição dos sintomas, coleta de dados sobre o contexto familiar e social do paciente, para uma estratégia de intervenção articulada. “O diagnóstico como dado único, isolado, serve principalmente para estabelecer a estratégia de intervenção farmacológica (2001: 16)”. Utilizam as categorias diagnósticas da CID 9 (hoje CID 10)⁷ e consideram o DSM III (hoje DSM IV)⁸ com “categorias diagnósticas muito articuladas e requintadas que não têm aplicação prática na realidade clínica (16)”.

“As alterações bioquímicas dos neurotransmissores, as alterações psicológicas, as alterações das relações familiares e das relações sociais constituem um conjunto de modificações causais.” As neuroses, transtornos de personalidade, distúrbios

⁷ CID 10 - Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde (OMS) (*in* <http://virtualpsy.locaweb.com.br/cid.php>)

⁸ DSM IV - Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, da Associação Americana de Psiquiatria (*in* <http://virtualpsy.locaweb.com.br/dsm.php>)

psicossomáticos, alcoolismo e abuso de fármacos e drogas são causados “por um conflito entre o sujeito e suas defesas para com suas próprias pulsões (17/18)”. Aqui o diagnóstico se dá com base na psicanálise, “no interior do sujeito (18)”. Os transtornos de personalidade são devido a uma revolta contra as normas e as condutas sociais (18) e o alcoolismo com principal determinante nas condições culturais, sociais e econômicas. E segue em uma diagnose comum ao modelo biomédico da psiquiatria.

Quanto à ansiedade, consideram um sintoma que “caracteriza quase todos os transtornos mentais (18)”, assim como a insônia, “sintomas não-específicos”. “A depressão pode ser parte de uma sintomatologia neurótica, assim como uma manifestação (a principal) de uma psicose afetiva ou o sintoma de uma demência (nas psicoses orgânicas)”. Afirmam que “no caso das psicoses afetivas são determinantes as alterações bioquímicas dos neurotransmissores (18)”.

Apesar de todo este detalhamento sobre causas, sintomas e doenças, afirmam que “as variáveis que determinam uma enfermidade mental, sua evolução e as estratégias de intervenção são muitas e mal conhecidas (15)”.

Feito o diagnóstico, a equipe deve planejar um projeto de intervenção, com objetivos gerais de incremento: da consciência do paciente a respeito de seus problemas; da autonomia afetivo-material-social e da incorporação na vida de relação social e política. A equipe deve ter atitudes básicas em relação à integração na comunidade, entre os membros da equipe e em relação ao paciente uma “atitude solidária e afetiva, psicoterapêutica, reabilitatória e farmacológica”. Podemos ainda destacar que a equipe deve

assessorar os trabalhadores de Atenção Primária com o fim de que estes possam operar por si mesmos: os casos simples e autolimitantes, os aspectos psicossociais que fazem parte de cada enfermidade, os transtornos psicossomáticos, alcoolismo, epilepsia, os casos de neuroses e de psicoses em estado de manutenção terapêutica, utilizar os recursos extra-institucionais: família, bairro, instituições, organizações de massa (28).

Há uma simplificação que causa estranhamento, tornando o sentido de psicoterapia, reabilitação psicossocial e psicofármacos como atitudes de uma equipe, quando são recursos de intervenção que a equipe e/ou um profissional podem utilizar (ver 7.2). Definem que “qualquer tipo de ajuda através de uma relação interpessoal seja verbal ou não-verbal, entre pessoas não ligadas por interesses afetivos ou materiais é psicoterapia (30)”. Estaremos utilizando a definição da Associação Brasileira de Psicoterapia, conforme

adiante. E a maior parte do Manual trata de psicofármacos para doenças diagnosticadas pelos sintomas apresentados pelas pessoas, no caso pacientes.

De forma breve, este manual apresenta as bases de intervenção em uma rede de saúde mental não manicomial semelhantes às da política nacional de saúde mental do SUS. Se olharmos o já colocado em capítulos anteriores, esse é um modelo biomédico de intervenção que, de acordo com as bases do SUS, inclui a relação com a comunidade no processo.

Por outro lado, com as palestras de Basaglia no Brasil em 1979, é possível refletir e questionar sobre a prática. Abaixo um pequeno trecho em que fala do processo de reforma sanitária na Inglaterra pós-guerra, em que a saúde pública foi nacionalizada:

o doente mental passou a ser um doente informal igual a qualquer outro. O número de doentes internados começou a diminuir; o mercado de trabalho requeria novos braços; inventavam-se técnicas para desinstitucionalizar o manicômio – a comunidade terapêutica é um desses exemplos – e, pela primeira vez, surge claramente o aspecto social da psiquiatria. Na medida em que a comunidade terapêutica se considera como uma comunidade e dá-se um significado histórico-social ao doente, muda totalmente a visão do problema e o doente começa a tomar contato com a história do mundo e a história da sociedade (Basaglia, 1982: 84).

Assim coloca que política e proposta terapêutica não podem se separar, pois o poder do complexo médico-industrial se instala por entre os dedos dos que realizam o cotidiano de trabalho, mantendo a lógica de causas determinantes de doenças, detectáveis por profissionais habilitados, por meio de sintomas que podem ser controlados por remédios e educação pelos que sabem mais sobre a pessoa do que ela mesma, o corpo técnico.

7.2. Psicoterapia

Estamos assumindo como definição de psicoterapia a da Associação Brasileira de Psicoterapia (ABRAP), por ser hoje no Brasil a congregação de profissionais habilitados e qualificados que estão pesquisando sobre as teorias e práticas em psicoterapia no Brasil

PSICOTERAPIA (definição):

Método de tratar o sofrimento e as questões humanas por meios psicológicos baseado em modelos teórico-científicos.

OBJETIVOS DA PSICOTERAPIA:

Promover o desenvolvimento pessoal e o autoconhecimento, visando bem-estar bio-psico-social e melhor qualidade de vida.

A QUEM SE DESTINA:

Indivíduos, grupos e comunidades nas diversas faixas etárias.⁹

Neste garimpo por referências teóricas para terapias psicológicas em grupos e não abordagens teóricas para psicoterapias de grupo, encontrei o livro *Psicoterapia de grupo*, de profissionais do Centro Pós-Graduado de Psicoterapia de Nova Iorque, publicado em 1963. O primeiro capítulo é de um psicoterapeuta inglês, Foulkes, então Presidente da Sociedade de Grupo Analítico de Londres. O objetivo do livro é esmiuçar para que serve e a quem pode servir a psicoterapia de grupo. Portanto, compreendo como uma contribuição importante para a compreensão de trabalhos em grupos (ver 5.2).

Na colocação de Foulkes, uma psicoterapia de grupo deve promover uma mudança na pessoa e esta, para tanto, precisa desejar mudar. O principal instrumento de trabalho é a comunicação, as reações e atitudes que a pessoa apresente ou denuncie, de maneira manifesta ou inconsciente. Considera a motivação e a capacidade de mudança mais importantes que “o rótulo diagnóstico”, afirmando que este não pode dizer grande coisa e não é a melhor maneira de se conhecer a melhor conveniência para a pessoa de uma psicoterapia individual ou em grupo, pois muitos “diagnósticos, contudo, não são dinamicamente significativos ou abrangem terreno amplo demais (Foulkes, 1963/76: 13)”. O sintoma é apenas um sintoma e não a verdadeira perturbação que leva a pessoa a procurar uma ajuda psicológica.

É preciso fazer uma avaliação psicodinâmica do problema, com idéias provisórias e alguns objetivos que “sejam compatíveis com as limitações impostas pela realidade dentro da qual trabalha (Foulkes, 1963/76: 13)”. O grupo proporciona aos seus integrantes a clareza de que não há ser humano isolado e que “o equilíbrio de cada um é interdependente com o dos outros (16)”, e que a mudança em qualquer um dos integrantes dessa rede causará uma mudança em todos. E que os grupos de terapia podem ser de grupos existentes, como uma família como com pessoas misturadas, “formando assim um novo campo de interação no qual cada indivíduo tem um novo começo (17)”.

O terapeuta tem como tarefa manter a situação terapêutica de “preservar o indivíduo de danos e reações excessivas ou seleção incompatível, fazer com que as coisas aprendidas sejam significativas e possam ser usadas construtivamente (17)”.

⁹ Associação Brasileira de Psicoterapia –ABRAP. Informações fornecidas pela psicoterapeuta Eloísa Penna, integrante da Diretoria Científica, em 15/02/06, por meio eletrônico.

7.3. As terapias psicológicas nos serviços públicos

Nos serviços públicos as terapias psicológicas de curta duração e as práticas em grupos têm sido introduzidas para aumentar a produtividade e diminuir as filas e as listas de espera (Zielgmann, 2005: 44; Bezerra Junior, 2001: 162).

...não há como transformar a obrigação de atender a população que demanda estes serviços em justificativa para qualquer atendimento, em prejuízo de considerações de ordem ética ou científica. As terapias grupais ou são boas indicações terapêuticas, porque atendem a necessidades dos clientes de modo mais adequado e eficaz do que outras modalidades de atenção (como as terapêuticas medicamentosas ou as psicoterapias individuais) ou não devem ser propostas como alternativas (Bezerra Junior, 2001: 162).

Bezerra (2001) faz a comparação entre o encontro do terapeuta e seu paciente no consultório privado e nas instituições públicas. Em sua ótica, no privado há “uma série de atributos e características ...que servem como insígnias de classe”. “Quando membro de um grupo, o paciente terá nos parceiros seus iguais do ponto de vista social, tanto quanto o terapeuta.” E, ainda, o que distingue o terapeuta é a sua autoridade como detentor de um saber que lhe outorgam nas regras do ‘jogo psicoterápico’”. E é passível ao cliente em qualquer tempo “rescindir o contrato terapêutico”.

No encontro que se dá entre terapeuta e cliente nas instituições públicas estes traços característicos se apresentam bastante modificados. Além das diferenças no que tange às representações acerca da doença e do tratamento, esta relação é marcada por algumas peculiaridades: o cliente não escolhe o profissional e não pode interromper o tratamento se preferir se tratar com outro. O pagamento do serviço prestado pelo terapeuta aparentemente não sai do bolso do cliente (embora na verdade seja assim, através do desconto para a previdência de todo trabalhador)¹⁰, o que muitas vezes faz com que a atenção do terapeuta seja considerada um favor. A utilização de termos técnicos e de um vocabulário extenso para discriminar sentimentos é geralmente atributo do profissional e designa uma forte distinção para com o paciente (Bezerra, 2001: 165).

...

Ou seja, o que o paciente tem diante de si é não só o representante da ciência, mas também o membro de uma classe hierarquicamente superior. ... [há] uma relação onde a distância entre os atores do tratamento é lembrada a cada detalhe, sublinhada a cada instante (idem, 165-6).

Conclui que se estas suposições têm algum valor, o grupo pode ser um espaço em que estas diferenças possam ser ultrapassadas: “a palavra do parceiro do grupo talvez contenha maior plausibilidade, isto é, talvez possa veicular modelos de identificação mais próximos, mais apreensíveis do que o oferecido pelo terapeuta (Bezerra, 2001: 167)”.

¹⁰ O financiamento do SUS advém de muitas fontes e todos os cidadãos pagam de alguma maneira, não somente o trabalhador formal.

E o terapeuta (ver 5.3) tem sempre a função fundamental e, neste caso, para Bezerra, peculiar, de elemento aglutinador e mantenedor das regras de comunicação no grupo,

que irão permitir não só a troca entre os componentes, mas sobretudo a possibilidade de que os conflitos tornados sintomas (e, portanto, transformados em linguagem não compreensível e não partilhável) encontrem um caminho de expressão verbal que abra as portas à sua elaboração (167).

7.4. Os grupos como um desafio

O grupo pode ser abordado como um dispositivo produtor de diferença, de processos de singularização, coloca Ziegelmann (2005) sobre sua prática, com base epistemológica em Deleuze, Guattari, Paulo Freire, Maturana e Varela, entre outros.

O grupo no campo 'psi' pode ser um espaço de produção de subjetividades, em que o indivíduo experiencia sua criação e a do grupo, o que possibilita olhar para si mesmo e descobrir-se único, singular e desejoso de estar em relação e tendo consciência de ser-em-relação.

Tomar a subjetivação como eixo de análise no dispositivo grupo é atentar-se para algo que pode ser separado analiticamente de ambos (idéias e comportamentos), mas que, no entanto, é o que os torna possíveis – a experiência de si e os possíveis em relação à transformação de si, na constituição de novos estilos de vida ou modos de existência pela transversalidade que se produz no grupo (Ziegelmann, 2005: 47).

Benevides (*in* Ziegelmann, 2005: 57) pensa o grupo na clínica como um dispositivo de relação e processo de subjetivação, composto por pessoas diferentes com seus modos de existir e que juntos descobrem novos modos de experimentar (58).

Não é só verbal a comunicação e a possibilidade de uso de técnicas e de retorno ao grupo e aos seus integrantes que um terapeuta pode usar. Podemos ver isto na Somaterapia, terapia de grupos criada por Roberto Freire (1988), que compreende a pessoa única, com soma e psique em um espaço político.

Toda estrutura social pode ser representada como um imaginário corporal. Expressões como 'corpo místico', 'corpo da armada', 'corpo da lei', 'corporação profissional' (compreendendo o 'corpo médico') o demonstram bem. A luta de classes e a hierarquia das funções fazem também da política uma metáfora do corpo.

Ao mesmo tempo, toda organização política exerce um controle público sobre o corpo privado. Wilhelm Reich e depois Marcuse mostraram que capitalismo e marxismo, por meios diversos, exercem um controle social sobre os corpos e pelos corpos. A prisão é um bom exemplo de controle sobre os corpos (Freire, R., 1988: 63).

Por um outro ângulo, no sentido de classificar os tipos de grupos, Zimerman (1997: 75-81) considera como critério classificatório as finalidades a que se destinam os grupos e os divide em dois grandes ramos: grupos operativos e grupos psicoterápicos. Os grupos que chamou de operativos estão divididos em quatro tipos, com finalidades muito diversas: ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos, onde inclui os grupos de auto-ajuda.

No mesmo livro, no capítulo seguinte, Osório (1997: 87) coloca que grupo operativo é uma práxis introduzida por Pichon Rivière, como este apresenta em *O processo grupal* (1994). Osório diz, ainda, que grupo operativo “se refere a uma forma de pensar e operar em grupos que se pode aplicar à coordenação de diversos tipos de grupos”.

Assim, é possível compreender que, dividir os grupos em dois grandes ramos, como fez Zimerman, limita os grupos com funções de ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos, a uma linha de trabalho em grupos operativos de base psicanalítica, como propõe Pichon-Rivière.

Podemos também perceber que os grupos psicoterápicos são considerados um ramo e os grupos de ensino-aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos compõem o outro ramo nessa classificação, mas representando diferentes tipos de trabalhos, com finalidades bastante diversas, voltadas para as instituições, como escola e ambiente de trabalho, bem como para as organizações comunitárias, no mais das vezes espontâneas, e também com objetivos terapêuticos, que seriam então diversos da psicoterapia, como os grupos de auto-ajuda, mas não somente estes. Zimerman diz que “há uma certa confusão semântica na área da grupalidade; portanto, denominações diferentes podem estar designando um mesmo tipo de atividade grupal e, em contrapartida, uma mesma denominação pode estar referindo distintas aplicações práticas (1997: 75).” Assim, não estaremos utilizando esta classificação, deixando ao leitor compreender, pelo conteúdo das falas, qual a finalidade e a prática dos psicólogos, como será apresentado em Resultados (cap.10)

A modalidade de grupos de auto-ajuda está definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no “Projeto Saúde para todos no Ano 2000”, conforme Barros (1997: 108-116).

São os denominados *self-help*, com seus manuais operacionais de fundamento heurístico¹¹ (conjunto de regras que conduzem à solução de problemas) com valorização do fenômeno da sugestão para auxiliar as pessoas a resolverem seus problemas de saúde e educacionais, decorrentes de um evento desestruturador da qualidade de vida (idem, 108).

Os grupos de auto-ajuda, segue Barros, baseado em vários autores, têm como características a auto-sugestão, o crescimento pessoal dos integrantes, a liderança emergente do grupo, auto-administração, participação voluntária, anonimato e confiança e, ainda, não ter interesse financeiro ou fins lucrativos. São grupos homogêneos e reportam-se a um único evento desestruturador de vida, com objetivo único de apoio mútuo e educacional e experiência compartilhada,

Zimmermann (1997: 119-125) situa os grupos terapêuticos como um campo de “presença simultânea de fatores disruptivos e coesivos, harmônicos e desarmônicos, da mesma forma que também sempre estão presentes, de modo concomitante, elementos conscientes e também os inconscientes, estes últimos de aparecimento manifesto ou subjacente (119)”. Os grupos terapêuticos têm coordenação de um terapeuta e finalidade de resolução de conflitos, crescimento mental, possibilidades curativas e também um espaço de interação e discussão de temas básicos da vida (filosofia) (Zimerman, 119-125)

Voltando a Foulkes, considera dois tipos de grupos: grupos com uma tarefa e grupos puramente terapêuticos. Os grupos com uma tarefa se organizam pela própria tarefa, como os grupos em situação de trabalho, para o desenvolvimento da equipe e proporcionam o desenvolvimento do indivíduo pela possibilidade da partilha em grupo. Considera também os grupos com uma tarefa criada com função terapêutica, como se pretendem utilizar nos CAPS, no Brasil, por exemplo. Neste tipo de grupo, “a tarefa além de ajudar seus membros pela formação do moral construtivo e amparador, as propriedades do grupo podem ser usadas para a influência corretiva da interação e discussão franca em um meio terapêutico (Foulkes, 1963/76: 20).” Um exemplo de grupo com tarefa é o grupo de somaterapia, em que é proposto ao grupo que faça uma produção em autogestão (1988 e 1991).

Os grupos puramente terapêuticos, para Foulkes, têm a sua própria existência como objetivo para alcançar mudanças, por meio de técnicas que possibilitem trazer à

¹¹ Heurística: 1. Conjunto de regras e métodos que conduzem à descoberta, à invenção e à resolução de problemas. 2. Procedimento pedagógico pelo qual se leva o aluno a descobrir por si mesmo a verdade que lhe querem inculcar (Dicionário Aurélio, 2004, edição eletrônica)

consciência e poder esmiuçar em grupo a compreensão das relações interpessoais. Assim, pode-se

ajudar pessoas a tornarem suas vidas pelo menos um pouco mais toleráveis. Se isso é bom ou mau, nem sempre se tem certeza. É bem possível que em certas circunstâncias apenas defendemos sua miséria, quando talvez fosse mais saudável para elas ter maior ímpeto para mudar coisas e circunstâncias em lugar de mudar a si próprias. Assim é fundamental o terapeuta ser franco e veraz, quebrando o valor da criação em geral para que as pessoas sejam dissimuladas sobre o que sentem e pensam (Foulkes, 21-23).

Ainda, para ampliar a nossa compreensão sobre grupos comunitários, no caso grupos de promoção de saúde com jovens na cidade de Ribeirão Preto, SP, em convênio entre USP e Secretaria Municipal de Saúde, cito uma síntese em Rosalina Silva:

Em outras palavras, é necessário trazer à tona aquilo que realmente está por trás ou que motiva as questões pouco adequadas à auto-apreciação de vulnerabilidade de riscos à saúde. Isso, porém, não quer dizer que se deva promover ou permitir auto-exposições emocionais dos participantes. Em nenhuma hipótese o tipo de trabalho proposto deve ser confundido com sessões grupais de psicoterapia (2002: 45).

A experiência de Rosalina Silva é em formação de psicólogos, em estágios de promoção de saúde, que classifica como grupos não terapêuticos.

Quando se fala em trabalhos grupais é necessário definir que tipos de métodos estarão sendo empregados e que tipos de objetivos estão sendo buscados. O mais importante é considerar que não é pelo fato de colocarmos um determinado número de pessoas juntas que estaremos trabalhando com metodologias grupais.

Dito de outro modo, não se deve confundir metodologias de trabalhos grupais com as atividades informativas realizadas em direção a um grupo de pessoas (Silva, R., 2002:41)

...

Sem uma formação adequada observamos o emprego mecânico de técnicas normalmente seguidas de falas prescritivas, prontas anteriormente. Dessa forma, as estratégias de trabalhos grupais não passam de formas disfarçadas de 'educação bancária', tal como definida por Paulo Freire (1985) Silva, R., 2002: 42).

Rosalina Silva considera inadequados grupos de educação bancária para promoção e prevenção em saúde: "a evidência de que a informação não traz em si a incorporação de reflexão, de sensibilização e motivação para mudanças é cada dia mais clara, basta ver o que se investe em campanhas informativas e os quadros de incidências dos problemas identificados, que não se modificam consistentemente (2002: 43)".

É preciso, mesmo que rapidamente, levar em conta que as propostas de trabalho em grupos de terapia modificam a organização institucional, a organização do trabalho de todos e não só dos diretamente envolvidos com os grupos. Assim, trago a tã ainda

pertinente experiência vivenciada há mais de 40 anos em instituições de saúde pública, de trabalhar em grupo com os profissionais da instituição.

O programa de terapia de grupo pode contribuir muito para eliminar fontes de conflito e tensão no quadro de pessoal. Une profissionais de variados antecedentes em um empreendimento mútuo de tratamento. Facilita a comunicação entre os funcionários e talvez tenda a aumentar a confiança mútua. Contudo, um plano de tratamento de grupo pode ofender certos funcionários, especialmente aqueles dedicados a determinado processo de tratamento ou que sofram uma ameaça à sua posição. Este conflito é muitas vezes superado com a passagem do tempo e com educação, podendo ser seguido por significativos ganhos no moral do pessoal. À medida que cresce o conhecimento do programa de grupo por parte do pessoal terapêutico, a comunicação sobre o programa tem probabilidade de tornar-se mais informal. O processo de grupo promove um enriquecimento de conhecimento sobre pacientes, que pode ser comunicado a outros funcionários, sejam quais forem seus antecedentes profissionais (Kadis, Krasner e Winick, 1963/76: 39-40).

Assim, propõem um grupo com uma tarefa, como classificou Foulkes, para que sejam explicitados os objetivos e métodos para o planejamento da equipe que trabalha com terapia de grupos, para que todos os profissionais envolvidos institucionalmente possam partilhar e compreender a proposta de trabalho e elaborar as mudanças de maneira consciente para todos os trabalhadores da instituição, por meio de uma vivência e não somente informacional. Falam também de continuidade de trabalhos em “pequenas oficinas com focalização sobre facetas especiais do programa total”, como conferências e exibição de filmes que suscitem o debate e o crescimento da equipe (37-52).

Fundamental também é a supervisão do terapeuta, que em caso da instituição não contratar um supervisor externo aos serviços, esta pode se dar em grupo entre os profissionais envolvidos na execução do programa de terapia em grupo, com periodicidade regular e desenvolvimento de estudo na área de supervisão (48-49).

É preciso não se prender somente em nomes e classificações, pois ser terapêutico não é uma premissa exclusiva de qualquer tipo de grupo e muito menos de junção de pessoas com objetivos informacionais. Os conteúdos aqui brevemente abordados estão relacionados às finalidades de trabalhos em grupos de intervenção clínica e/ou social no campo ‘psi’ e grupos em ambientes de trabalho para formação de equipe e supervisão dos profissionais que atuam em grupos no campo ‘psi’.

O trabalho em grupos, com domínio técnico e político é um espaço em contínua construção. Possivelmente, a experiência é muito maior do que a literatura ‘psi’ apresenta. Para o SUS é um desafio e um compromisso que se estende aos cursos de Psicologia.

8. A formação do psicólogo e o SUS

O contexto atual é de mudança curricular integrada à política de educação na área de saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais, aprovadas para todas as profissões pelo Ministério da Educação, e a Política de Desenvolvimento de Educação para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde, do Ministério da Saúde, propõem que a mudança na graduação se dê com a integração dos currículos às necessidades sociais, a fim de fomentar o ensino inserido no SUS, com controle social.

Este capítulo vai rapidamente contextualizar a construção legal da profissão de psicólogo, as Diretrizes Curriculares, com destaque à área de saúde, diretrizes do controle social e das políticas públicas – serviços, trabalho e educação na saúde –, que indicam o psicólogo como um profissional do Sistema Único de Saúde. Será também contextualizada a Política de Desenvolvimento de Educação para o SUS para a graduação e a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP).

Ao final, sem pretensão de abordar toda a complexidade que envolve a mudança curricular na área de saúde e, em particular, nos cursos de Psicologia, quanto ao compromisso em formar profissionais para o Sistema Único de Saúde, serão levantados alguns temas pertinentes ao conteúdo das entrevistas.

8.1. Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia

A profissão de psicólogo foi regulamentada pela Lei Federal nº4119/62 e consolidada pelo Decreto nº53.464/64, devendo os cursos de graduação em Psicologia “organizar serviços clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho...” (Lei nº4119/62, art.16) e “...obedecer ao currículo mínimo e duração fixados de acordo com a Lei nº4.024/61, pelo egrégio Conselho Federal de Educação”.

Somente 42 anos depois do currículo mínimo, foram homologadas, pelo Conselho Nacional de Educação, as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia, que devem ser implementadas até março de 2006.

O encaminhamento das novas Diretrizes Curriculares foi um processo que durou cinco anos (1999 a 2004), devido a divergências entre a categoria organizada e o Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Um Fórum Aberto de

Entidades da Psicologia (CFP: 2003, 11), em janeiro de 2002, elaborou um projeto de Diretrizes Curriculares, que foi parcialmente contemplado na Resolução CNE/CES nº 8, de 7 de maio de 2004, que “Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia.

Os cursos de Psicologia devem assegurar uma formação generalista, interdisciplinar, com integração entre teoria e prática e compromisso com as necessidades sociais. Devem reconhecer a diversidade de perspectivas necessárias para compreensão do ser humano, promover incentivo à interlocução com campos de conhecimento que permitam a apreensão da complexidade e multideterminação do fenômeno psicológico, bem como a compreensão crítica dos fenômenos sociais, econômicos, culturais e políticos do País, fundamentais ao exercício da cidadania e da profissão, considerando as necessidades sociais e os direitos humanos (art. 3º).

A atenção à saúde está entre os objetivos gerais do curso, conforme as seguintes competências e habilidades (art. 4º): a) Atenção à saúde; b) Tomada de decisões; c) Comunicação; d) Liderança; e) Administração e gerenciamento; f) Educação permanente. Transcrevo as que nos interessam especificamente:

a): os profissionais devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde psicológica e psicossocial, tanto em nível individual quanto coletivo, bem como a realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética.

É de pertinência dos cursos a inter-relação entre campos afins do conhecimento para demarcar a natureza e a especificidade do fenômeno psicológico e percebê-lo em sua interação com fenômenos biológicos e sociais, assegurando uma compreensão integral e contextualizada dos fenômenos e processos psicológicos. As práticas profissionais devem estar voltadas para assegurar um núcleo básico de competências que permita a atuação profissional e inserção do graduado em diferentes contextos institucionais e sociais, de forma articulada com profissionais de áreas afins (art.5º).

Pela diversidade do campo de atuação da Psicologia, os cursos devem oferecer pelo menos duas ênfases (art.10), sem prejuízo da formação generalista, assim, não se configurando como uma especialização (art.12, §1º), e que ofereça opção ao aluno de escolher mais de uma ênfase.

A definição das ênfases curriculares, no projeto do curso, envolverá um subconjunto de competências e habilidades dentre aquelas que integram o domínio das

competências gerais do psicólogo, compatível com demandas sociais atuais e ou potenciais, e com a vocação e condições da instituição (Art. 11, §1º).

São apresentadas seis propostas de ênfases: a) Psicologia e processos de investigação científica; b) Psicologia e processos educativos; c) Psicologia e processos de gestão; d) Psicologia e processos de prevenção e promoção de saúde; e) Psicologia e processos clínicos e f) Psicologia e processos de avaliação psicológica, podendo, o curso definir outras em qualquer domínio da Psicologia (art.10). Como se pode perceber, as propostas de ênfase, de alguma maneira, têm ligação com o campo da saúde.

Tão logo foram aprovadas as Diretrizes Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia, a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP)¹² realizou o “Seminário Nacional sobre as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Psicologia”, em 2 e 3 de agosto de 2004, porém sem uma articulação organizada, que somente vai se concretizar após o impulso do projeto de cooperação técnica com Ministério da Saúde (Departamento de Gestão da Educação), assinado em maio de 2005 e com início no final do mesmo ano.

8.2. O Controle Social e a Política Nacional de Gestão do Trabalho

Um olhar crítico sobre a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil¹³ e de suas instâncias legais de participação da sociedade, os Conselhos e as Conferências de Saúde, indica a necessidade de mudança de modelo de atenção em saúde. A proposta, em todos os segmentos representativos, compreende uma transformação do fazer e demanda uma mudança na formação profissional, com uma intersetorialidade entre Saúde e Educação. No ano de 2004, a política de saúde bucal teve um impulso pelo Ministério da Saúde que pretende implementá-la até 2006, integrada à Estratégia Saúde da Família. Assim, temos até então três profissões de nível superior na estrutura da atenção básica: medicina, enfermagem e odontologia.

Nas Propostas e Diretrizes do Ministério da Saúde para os Eixos Temáticos da 12ª Conferência Nacional de Saúde, 2003, podemos destacar que:

Redirecionar o modelo de se fazer saúde no Brasil talvez seja o maior desafio do novo governo na área da saúde. Herdeiro de um modo de fazer baseado na lógica da realização de procedimentos, centrado nos hospitais e que maximiza a tecnologia, o

¹² www.abepsi.org.br

¹³ Lei Orgânica do SUS (Lei 8080/90 e Lei 8142/90).

modelo atual tem como resultado uma fragmentação do cuidado e a produção de resultados muito aquém das necessidades da população brasileira (Eixo Temático V).

O Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde reafirma para este Eixo temático V: a Organização da Atenção à Saúde (proposta nº15), a necessidade de a atenção básica oferecer :

- I. equipes multiprofissionais de atenção domiciliar;
- II. programa de reabilitação domiciliar para portadores de limitações funcionais e da comunicação que dificultem ou impeçam a locomoção até os serviços;
- III. garantia de acesso à internação hospitalar e internação domiciliar;
- IV. equipes multiprofissionais de apoio às equipes de Saúde da Família, de acordo com as necessidades locais (ex.: nutricionista, psicólogo¹⁴, assistente social, odontólogo, cirurgião dentista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, farmacêutico, fonoaudiólogo, entre outros), organizadas em unidades de referência e contratadas por meio de concurso público ou da complementação salarial de profissionais concursados.

Também pode-se destacar do Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde a Moção nº81 pela “implementação de equipes interprofissionais para assegurar a integralidade das ações de saúde”,

com a inserção efetiva de todos os profissionais de saúde nas equipes dos diversos níveis de complexidade do sistema (atenção básica, média e alta complexidade) ... e a implementação de recursos humanos (fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais) na atenção básica, como suporte/apoio às equipes do Programa de Saúde da Família.

A 11ª Conferência Nacional de Saúde, 2000, indica que seja cumprido o princípio da integralidade, atendendo “aos problemas de saúde individuais e coletivos, cuidando da qualidade da Saúde, e não apenas ser capaz de tratar das doenças e acometimentos graves com risco à vida” (p.102). E, ainda:

Assegurar que a integralidade seja colocada como questão central e fio condutor para a construção do Modelo de Atenção e para a atuação dos profissionais que o compõem, com respeito à diversidade, sem distinção de etnias, sem restrição de minorias, gênero, opção sexual, portadores de todas as deficiências, patologias, faixas etárias, população indígena, rural, urbana e ribeirinha, respeitando as realidades locais/regionais e estaduais (p.111).

Os *Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS - NOB/RH-SUS (MS, 2002/2005)* foram elaborados por encaminhamento da 10ª Conferência Nacional de Saúde, porém a 11ª Conferência Nacional de Saúde vai apontar a polêmica em encaminhar a NOB/RH-SUS, ainda em processo, mostrando a resistência em relacionar formação, modelo de atenção e trabalho.

¹⁴ grifos meus.

O Conselho Nacional de Saúde – CNS, em documento na transição de governo, final de 2002, indica que seja retomado o relatório final da 11ª Conferência Nacional de Saúde, especialmente o seu capítulo “Agenda para Efetivação do SUS e do Controle Social”, que defende

uma política de recursos humanos com contratação por concurso público, centrada na profissionalização, na multiprofissionalidade, no aprimoramento continuado, no compromisso humano e social e em condições dignas de trabalho e salário,

com implementação da NOB/RH-SUS. A 11ª Conferência afirma, ainda, que

toda a Atenção Básica, desde a realizada por Agentes Comunitários, Equipes de Saúde de Família, até as Unidades Básicas de Saúde, no seu conjunto, está ainda longe de ser a principal forma de acesso ao SUS, e de resolução dos problemas básicos de saúde, predominando a triagem para os serviços de média complexidade, ou mesmo a procura direta a esses serviços.

A NOB/RH-SUS, nos *Princípios e Diretrizes da Política de Desenvolvimento do Trabalhador do SUS*, determina ao gestor das três esferas de governo “instituir ‘serviço civil obrigatório’ na rede de serviços do SUS, para todas as categorias profissionais da área da Saúde ...incluindo o ensino superior de escolas públicas e privadas...”. E explicita quatro questões como fundamentais para a gestão do SUS: descentralização, financiamento, controle social e recursos humanos (MS, 2002: 15).

O projeto Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS (18/09/2003), aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite, indica, especificamente para a graduação superior, que a mudança curricular seja iniciada pela Medicina, Enfermagem, Odontologia e **Psicologia** (MS, 2003: 29).

8.3 A Política Nacional de Educação na saúde

A Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação Permanente em Saúde foi aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems) e publicada em documento-base, em 18 de setembro de 2003, no Portal do Ministério da Saúde. A proposta diz que “A adoção da educação permanente em saúde para o SUS como política pública é estratégia fundamental para a recomposição das práticas de formação, atenção, gestão, formulação de políticas e controle social no setor da saúde.”

Conforme a Constituição Federal, artigo 200, a proposta está de acordo com o direcionamento do movimento sanitário e dos indicativos do controle social, abrindo um espaço de articulação e desenvolvimento de projetos em um processo a ser construído intersetorialmente e entre os diversos atores envolvidos: gestor de saúde, gestor de educação, estudantes, trabalhadores do SUS e controle social. O objetivo é que “a formação [englobe] aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS” (Ceccim e Feuerwerkwer, 2004).

A possibilidade de a educação se dar como processo de ensino-aprendizagem no sistema de saúde é um desafio tanto às instituições formadoras como aos serviços. Assim, a Política Nacional de Educação Permanente e as Diretrizes Curriculares tornam este um momento importante de debate entre os diversos atores do processo, profissionais e gestores, professores e coordenadores de cursos, estudantes e comunidade.

Especificamente sobre a Psicologia é importante ressaltar o que segue:

Iniciaremos as ações com as escolas de **medicina e enfermagem, odontologia e psicologia**, mas que estará aberta à inclusão de escolas de todas as carreiras de saúde interessadas e em condições de aderir à proposta de mudança, bem como à pactuação de compromisso com as carreiras das áreas de humanidades e de gestão pública para o desenvolvimento da abordagem sobre saúde e sociedade, planificação e administração, epidemiologia social e saúde das populações. (MS, 2003: 29)

A partir do estudo para identificação de necessidade de especialistas em todo o país, poderemos proceder, juntamente com as Secretarias Estaduais de saúde, à criação e ampliação de programas de residência em saúde da família, residências integradas em saúde e a uma redistribuição ou ampliação das bolsas das residências entre áreas, profissões e especialidades importantes para a implementação do SUS. O trabalho em torno do estudo já foi desencadeado e conta com a participação do Ministério da Saúde, Conass, Conasems, AMB, CFM, CFO, **CFP**, ABEM, ABEn, Abeno e **ABEP**. (MS, 2003: 31, 32)

Em maio de 2005 o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DEGES/MS), juntamente com o Conselho Nacional de Saúde e o MEC, apresentou os resultados parciais de uma pesquisa sobre o perfil sócio-demográfico e epidemiológico de profissionais de saúde e necessidade de cursos. O Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde, representado pelas associações de ensino e os Conselhos Profissionais estavam entre os convidados. Não encontrei registro dessa apresentação em que estive presente (ABEP/FNEPAS), porém há registro da mesma apresentação na “Oficina do CONASS com os representantes das Secretarias Estaduais de Saúde nos

Fóruns e Pólos de Educação Permanente” (Brasília, 17 e 18 de maio de 2005). Consta no Relatório Final que Laura Feuerwerker

fez uma apresentação dos resultados da primeira fase do estudo para identificação de profissionais [generalistas] e especialistas na área de saúde no Brasil, que contemplou as características atuais da oferta de cursos de graduação em medicina e da oferta de Residência Médica; o perfil sócio-demográfico e epidemiológico nas diferentes regiões do país; a capacidade instalada e disponibilidade atual de especialistas no país e a identificação de políticas e estratégias de regulação da oferta de profissionais e especialistas em outros países.¹⁵

A pesquisa foi feita por cinco universidades, abrangendo as Regiões do país e não foi divulgado o resultado das outras profissões. Esses resultados seriam de notável importância para o desenvolvimento do SUS e de ensino na área de saúde.

A Portaria GM 198/04, de 13 de fevereiro de 2004, “Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências.” Os Pólos Locorregionais de Educação Permanente se formam em todo o país, com apoio matricial do Departamento de Gestão da Educação (DEGES/SGTES/MS) e em Santa Catarina formam-se 12 Pólos e um Fórum dos Pólos, com apoio da Secretaria de Estado da Saúde, que criou a Divisão de educação Permanente ao final de 2003. Os Pólos vêm desenvolvendo projetos articulados entre os diversos atores envolvidos nos pólos e está sendo iniciada a formação de agentes comunitários, projeto integrado entre os Pólos e vários projetos específicos das localidades.

“A efetividade da educação permanente em saúde está intimamente relacionada à efetividade da formação de políticas de saúde”¹⁶, com dois enfoques estruturais: a necessidade territorial em um contexto geopolítico e a organização da rede de atenção, com níveis crescentes de complexidade e resolutividade de mais de 80% na atenção básica. O projeto propõe mudanças na formação profissional na área da saúde em todos os níveis, com estágios e residências no SUS e educação permanente aos servidores nas três esferas de governo. A proposta de intersetorialidade entre Educação e Saúde está envolvendo as universidades e as associações de ensino com o SUS, para que sejam feitas mudanças curriculares, visando uma formação integrada com os serviços, com uma compreensão de ensino-aprendizagem integrando teoria e prática e com a participação de professores, estudantes, profissionais do SUS e comunidade.

¹⁵ Documento em papel, não encontrado no portal do MS, em janeiro de 2006.

¹⁶ Projeto de Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. p.17.

Como já foi levantando, uma formação profissional se faz vivendo o processo, conhecendo a política de desenvolvimento do SUS com uma visão crítica e de participação coletiva no controle social e na pesquisa e desenvolvimento de novas metodologias de trabalho em saúde. A 11ª Conferência deixa claro que não se trata somente de tecnologia, mas que a educação na área da saúde deveria incluir “ter vivido e refletido sobre o acesso universal, a qualidade e humanização na atenção à Saúde, com Controle Social” (MS, 2002: 103).

Um processo de tal complexidade abriu além de um novo espaço de articulação com participação social, que são os Pólos Locorregionais de Educação Permanente, outras possibilidades, como o projeto VER-SUS – Vivência-Estágio na Realidade do Sistema Único de Saúde, no modelo do VER-SUS proposto pela Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (Ceccim e Bilibio, 2004: 7-29). O VER-SUS possibilitou que estudantes de vários cursos de graduação pudessem conhecer o SUS e compreender o funcionamento da rede de atenção, o controle social e a gestão do sistema. E mostrou a força educacional que a vivência impulsiona, além de proporcionar a formação de coletivos de estudantes para a mudança curricular, tanto no conteúdo como na forma. Estudantes de Psicologia, como de outros cursos, participaram e têm sido importantes atores para a inovação nos processos de ensino-aprendizagem em que o SUS possa ser uma rede-escola e que os profissionais venham a conhecer o Sistema Único de Saúde.

As associações de ensino e entidades envolvidas com a formação superior, reunidas no ‘Aprender SUS’ (julho de 2004), decidiram organizar o Fórum Nacional de Educação das Profissões na Área de Saúde (FNEPAS), com as seguintes entidades: Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Associação Brasileira de Ensino Odontológico (ABENO), Associação Brasileira de Ensino de Fisioterapia (ABENFISIO), Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP), Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), Rede UNIDA, Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE) e Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), seguidas pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa) e, posteriormente, pela Rede Nacional de Ensino de Terapia Ocupacional (RENETO).

Configurando-se como um ator social comprometido com as transformações da educação na saúde no Brasil, o FNEPAS tem como principal objetivo contribuir para o processo de mudança na graduação, partilhando da concepção de integralidade na atenção e na formação em saúde. O sentido de integralidade, neste momento, tem caminhado para a formação de redes de cuidados progressivos, em que a atenção se

dê em todas as instâncias de atendimento e por todas as profissões de saúde. Estas têm como desafio o desenvolvimento da multi e interdisciplinaridade, descobrindo dentro de cada ciência, novos fazeres profissionais, buscando uma atenção em saúde mais próxima das necessidades da população, que minimize o sofrimento dos indivíduos e proporcione o exercício da cidadania.

Uma das ações principais do Fórum para 2005 e 2006 é o desenvolvimento do projeto coletivo de cooperação técnica com o Departamento de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (DEGES), que prevê a realização de oficinas de trabalho multiprofissionais nas cinco regiões do País, pesquisas nacionais e produção de documentos com a sistematização de experiências inovadoras, entre outras, a fim de contribuir para a mudança curricular na graduação (Lima e Pereira, 2005).

No início de 2006 ainda não havia sido liberado o recurso do Ministério da Saúde para a realização do projeto do FNEPAS em cooperação técnica com o DEGES, assinado no primeiro semestre de 2005. Havia sido aprovados também os projetos de cooperação técnica com as associações de ensino e a maioria destes está em andamento neste ano de 2005, inclusive o da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia¹⁷. O projeto da ABEP, em cooperação técnica com o Departamento de Gestão da Educação na saúde – DEGES/SGTES/MS, conta com o apoio da organização Panamericana de Saúde (OPAS) e a parceria com o Sistema Conselhos de Psicologia. Serão realizadas mais de 30 oficinas, que vão escolher delegados que juntos vão compilar as propostas de todas as oficinas regionais. As oficinas estão sendo articuladas com todos os cursos, por meio de seus coordenadores, professores e estudantes; com gestores de saúde, trabalhadores do SUS, além de profissionais de outras áreas, em muitos municípios e todos os estados. Esta mobilização possibilitará uma conversa entre todos os que se interessam por estar trocando saberes e dificuldades na mudança curricular dos cursos de Psicologia para formar profissionais que conheçam o SUS e possam incrementar a promoção de saúde e a intervenção clínica no campo ‘psi’.

A ABEP, como parte do projeto, está também realizando uma pesquisa: "A prática profissional dos psicólogos na área da saúde", com coordenação de Mary Jane Spink (PUCSP), que vai sistematizar a presença da Psicologia no SUS com base em análise do Banco de Dados do Ministério da Saúde (que inclui 19.500 psicólogos) e de pesquisa complementar com uma amostra estratificada desses psicólogos. E também sistematizar o conhecimento produzido em Psicologia que tenha a promoção, prevenção e tratamento em saúde, utilizando as teses, dissertações, artigos e livros que constam do Banco de Dados da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-Psi).

¹⁷ Ver Portal Ministério da Saúde / SGTES/DEGES e site ABEP (www.abepsi.org.br).

Em julho de 2005, com a mudança do Ministro da Saúde, de Humberto Costa para Saraiva Felipe, a Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na saúde (SGTES) passou de Maria Luiza Jaeger para Francisco Campos e foi refeito o planejamento, sendo modificados alguns encaminhamentos. Em 3 de novembro de 2005 foram publicadas: Portaria Interministerial nº2117/05, que “Institui no âmbito dos Ministérios da Saúde e da Educação, a residência Multiprofissional em Saúde e dá outras providências.”; Portaria Interministerial nº2118/05, que “Institui parceria entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos humanos na área da saúde.”; Portaria Interministerial nº2101/05, que “Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde – para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia.”, junto com uma publicação em brochura de mesmo nome, com o Programa delineado.

O documento-base da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS – Caminhos para a Educação na saúde

Oferece cooperação técnica e/ou operacional para as escolas de graduação em saúde que se dispuserem a entrar em processos de mudança que levem a um trabalho articulado com o sistema de saúde e com a população, à adoção de metodologias ativas de ensino-aprendizagem e à formação geral, crítica e humanística, sob perspectiva da multiprofissionalidade e transdisciplinaridade e o conceito de clínica ampliada de saúde (capítulo VII.1, 28)

...
Para serem elegíveis para a cooperação financeira, as escolas terão que assumir e vivenciar por meio dos Pólos [Locorregionais de educação Permanente] compromissos concretos com a educação permanente e a produção e disseminação do conhecimento, segundo os princípios aqui enunciados (28,29).

No parágrafo seguinte diz-se o já citado há algumas páginas: “Iniciaremos as ações com as escolas de medicina e enfermagem, odontologia e psicologia... (29)”. O Pró-Saúde resgata o Promed (governo FHC, financiamento a 20 escolas de medicina para mudança curricular) e define o financiamento somente para três profissões, sem respeitar a política aprovada pelo controle social (CNS), gestores estaduais (Conass) e gestores municipais (Conasems).

8. 4 Aspectos básicos da mudança curricular na prática

Nos anos 1950/60, houve uma expansão dos cursos superiores, “sob o impacto do populismo” e da expansão urbana, época em que foram criadas a maioria das universidades federais, entre outras. “Experiências isoladas vão começando a ensaiar mudanças na

estrutura pedagógico-administrativa do ensino superior” (Mendonça, 2000, 144). O intenso debate para a modernização do ensino, a Lei de Diretrizes e Bases, de 1961, os movimentos estudantis, entre outros, culminam na reforma universitária de 1968, já sob o autoritarismo do regime militar.

A história atual é parecida, levando em conta que foram vividos estes 30/40 anos. A Lei de Diretrizes e Bases, de 1996, o projeto de lei de reforma universitária, as Diretrizes Curriculares Nacionais, as políticas neoliberais internacionais e a construção do Sistema Único de Saúde em uma linha de forças contrárias, o movimento estudantil no contexto pós-ditadura e globalização, o assunto volta à cena com muita força e as mudanças estão ocorrendo de alguma maneira, porque a implantação das diretrizes curriculares é um fato.

Uma proposta de ação estratégica para integrar as práticas de saúde e as práticas pedagógicas é importante para a qualidade dos serviços e da educação, em benefício do usuário do Sistema Único de Saúde. Um planejamento como esse está relacionado à proposta de educação na saúde para o SUS, com o conceito de quadrilátero da formação para a área de saúde: ensino, gestão, atenção e controle social (Ceccim e Feuerwerker, 2004: 41-65).

“A formação engloba aspectos de produção de subjetividade, produção de habilidades técnicas e de pensamento e o adequado conhecimento do SUS” (Ceccim e Feuerwerker, 2004: 41-64). As metodologias participativas estão sendo defendidas como podendo cumprir o objetivo de ampliar a capacidade do aluno de questionar e relativizar o saber, por meio de trocas e experiências (Bordenave, 1982: 14-16).

O processo ensino-aprendizagem deve iniciar-se a partir da observação da realidade, permitindo às pessoas expressarem suas percepções, fazendo, assim, uma primeira leitura sincrética ou ingênua da realidade. Em um segundo momento, os alunos selecionam as informações e identificam os pontos-chave do problema, levantando as variáveis que determinam a situação encontrada. (Bordenave, 1982: 15).

De modo geral, as propostas curriculares não têm uma posição epistemológica clara e distinta (Coll, 1987: 14), o que não pode permitir clareza e coerência de objetivos. Também é conhecida a desagregação entre os professores e coordenadores de cursos e entre diversos departamentos. Desta forma, o que poderiam ser equipes de trabalho, são projetos individuais ou de pequenos grupos, o que se reflete na relação com os estudantes, ainda depositários do ‘saber dos mestres’.

Quando Coll (30) diz que “Querendo ou não, uma proposta curricular comporta sempre um projeto social e cultural, uma visão do tipo de sociedade e de pessoa que se

pretende promover com a escola”, possibilita pensar que o trabalhador na instituição de ensino, muitas vezes sem reflexão sobre o seu contexto de trabalho, reproduz e cria sistemas de poder e foge de seu papel de educador em sentido mais profundo. No mesmo contexto, Perrenoud afirma que:

Os professores não chegam a ser os intelectuais, no sentido estrito do termo, são ao menos os mediadores e intérpretes ativos das culturas, dos valores e do saber em transformação. Se não se perceberem como depositários da tradição ou precursores do futuro, não saberão desempenhar esse papel por si mesmos (Perrenoud, 1999: 5-21).

Sem dúvida, os professores, funcionários, estudantes e suas famílias fazem parte do mundo do trabalho e, evidentemente, da sociedade civil. E faço minha a questão levantada por Perrenoud: “Quem faz absoluta questão de que o sistema educativo mantenha todas as suas promessas?”

As suas colocações são pertinentes à realidade brasileira, como a de que não existem forças sociais importantes para exigir uma escola mais eficaz. E propõe que é preciso ancorar a prática reflexiva, com participação crítica, sobre uma base de competências profissionais, como: organizar e animar as situações de aprendizagem, gerir o progresso das aprendizagens, conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação, envolver os alunos nas suas aprendizagens e no seu trabalho, trabalhar em equipe, participar da gestão da escola, servir-se de novas tecnologias, enfrentar os deveres e dilemas éticos da profissão e gerir sua própria formação contínua (Perrenoud, 1999a: 6).

A qualidade de uma proposta curricular depende, em última instância, da qualidade do projeto social e cultural que reflete e contribui para tornar realidade algo por meio deste poderoso instrumento de socialização que é a educação escolar. O currículo – planejamento e execução – não é tudo para uma reforma educacional, mas “[converte-se] em um dos pilares fundamentais de qualquer reforma educacional (Coll, 1987:33)”. Assim, “o currículo é um elo entre a declaração de princípios gerais e sua tradução operacional, entre a teoria educacional e a prática pedagógica, entre o planejamento e a ação, entre o que é prescrito e o que realmente sucede nas salas de aula (33)”. Ou fora delas, como pretende uma educação em relação com o ambiente de trabalho.

9. Percurso metodológico

Aqui se constrói a carpintaria da pesquisa, como é chamada no jargão teatral a estrutura da dramaturgia. Além da dificuldade pela própria complexidade inerente, há um contexto no mundo da pesquisa, que privilegia a pesquisa quantitativa e permeia, muitas vezes a comunidade científica de uma crença de que a subjetividade seria uma etapa a ser vencida para se alcançar os pressupostos exigidos para uma pesquisa se tornar científica. E, portanto, sinto necessidade de uma breve defesa da escolha metodológica, como segue.

Os físicos do século XX, que estiveram envolvidos com as pesquisas em nível sub-atômico, preocuparam-se em tornar legível a teoria quântica, para que leigos, como eu, possam compreender a mudança que suas descobertas trazem ao conceito de realidade. Heisenberg, em *Física e Filosofia*, em 1958, coloca que a física clássica (mecânica de Newton) tem como hipótese que seja possível descrever o mundo sem fazer qualquer menção a Deus ou a nós mesmos. “E essa possibilidade logo pareceu ser uma condição necessária para a ciência natural em geral.” (Heisenberg, 1958/1999: 115). A teoria quântica vem desestabilizar este pressuposto científico, ao afirmar que “A ciência natural não se restringe simplesmente a descrever e explicar a Natureza; ela resulta da interação entre nós mesmos e a Natureza e propicia uma descrição que é revelada pelo nosso método de questionar” (idem, 115), o que tornaria impossível eliminar a existência do pesquisador e assim sua influência nos resultados da pesquisa. Não podendo nos aprofundar em assunto tão denso e fora de nosso objetivo, esta pincelada é somente para lembrar a nós mesmos, ainda com resquícios arraigados em conceitos fechados sobre experimentação, objetividade e certezas “de velha sabedoria: aquele que insiste em jamais dizer algo errado deve permanecer em silêncio” (ibidem, 122).

Gostaria também de lembrar quantas vezes relaciona-se quantitativo a reducionismo, e que esta correlação sim é reducionista, pois uma não é condição necessária da outra. Uma pesquisa epidemiológica pode ser dialética, por exemplo, e uma pesquisa em ciências humanas e sociais pode ser fechada em suas teorias ao observar o mundo. Talvez o maior desafio seja, então, trazer à tona a produção subjetiva das entrevistas, sem reduzir à esta ou àquela teoria, pois isso possibilitaria a ampliação do campo de visão, sempre com clareza de que o pesquisador tem uma ideologia e não há como separar do objeto de pesquisa.

Minayo (1992) pontua que a pesquisa qualitativa lida com um objeto de estudo histórico e, nesta condição, está vinculada ao tempo e espaço, sujeita à dinâmica das relações sociais, em que se estabelece uma identidade própria. Desse modo, as ciências humanas requerem um método específico que dê conta das vicissitudes e intermitências do seu objeto.

O objetivo geral no projeto de pesquisa apresentava dois caminhos para a análise das entrevistas: de verificar as perspectivas sobre a inserção do psicólogo na atenção básica e de caracterizar as representações sociais dos psicólogos, ambas no contexto da mudança curricular e da política de educação permanente. Foi apontada a necessidade de escolha na qualificação do projeto. No processo de preparação para ir a campo, aprofundando a pesquisa teórica e conhecendo mais a produção acadêmica, foi-se delineando o interesse pela análise do trabalho e das perspectivas dos profissionais a partir de sua prática. Está claro que esta prática comporta representações e que a análise da prática pode contribuir para um planejamento integrado entre formação e trabalho.

A análise de conteúdo (Bardin, 1977) foi a técnica escolhida para conhecer um espaço de problematização do conhecimento do psicólogo e sua atuação profissional na atenção básica no Sistema Único de Saúde, em um espaço-tempo determinado. De acordo com Bardin (1977), uma das coisas mais preocupantes para quem vai fazer uma pesquisa é a escolha exata do modo de analisar os dados e define a análise de conteúdo como um conjunto de técnicas de análise das comunicações: técnicas que não têm modelo pronto, que são construídas através de um vai-e-vem contínuo a ser reinventado a cada momento.

9.1. A construção do campo de pesquisa

O critério de escolha da cidade foi baseado em duas questões principais: 1. ser uma cidade de porte médio no estado de Santa Catarina e 2. o psicólogo estar inserido na atenção básica na rede pública de saúde. Assim, foram cogitadas duas cidades: Blumenau e Joinville.

Segundo dados de 2003, quando foi feito o anteprojeto de pesquisa, na cidade de Blumenau os psicólogos na atenção básica estavam distribuídos nos 7 ambulatórios. Em Joinville, os psicólogos na atenção básica faziam parte das equipes de saúde mental das nove regionais de saúde, coordenadas pelo Núcleo de Apoio Técnico da Gerência de Atenção Básica. A escolha foi baseada em dados superficiais, por não haver condições de

tempo e recursos financeiros para aprofundar uma pesquisa sobre a organização dos serviços em duas cidades. Assim, o que mais pesou para a escolha da cidade de Joinville foi a atuação do psicólogo na atenção básica se dar em equipes.

A entrada em campo teve seu início por contato telefônico com a coordenadora de saúde mental, que indicou que fosse solicitada autorização por carta à Secretária Municipal de Saúde, enviada pelo Programa de Mestrado em Saúde Pública no dia 18/11/2004 (Anexo 7).

Foi recebido, em 2/12/2004, Ofício nº 1820/04 DPCAA/SMS, datado de 24/11/2004 (Anexo 8), solicitando cópia do projeto de pesquisa, encaminhado após a Qualificação do Projeto, realizada em 13/12/2004.

Autorizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (Anexo 9) para a realização da pesquisa, fui recebida, em abril de 2005, pela Coordenadora de Saúde Mental, que me passou informações gerais sobre a organização do trabalho, nomes e contatos dos psicólogos a quem informou na reunião do mês de maio que a pesquisa estava autorizada e eu faria contato com alguns psicólogos.

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC (Resolução CNS 196/96) aprovou a pesquisa em 27 de junho de 2005, com um Parecer Consubstanciado (Anexo 10) aprovando a pesquisa. Cada entrevistado assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice).

Foi realizado pré-teste, em Florianópolis com dois psicólogos da rede pública de saúde, que contribuiu para a elaboração final do roteiro e tempo de entrevista.

A fim de cumprir o compromisso ético assumido de não permitir que sejam identificados os entrevistados em um universo tão diminuto, não é possível disponibilizar as entrevistas na íntegra.

9.2. A entrevista

O contexto em que se dá uma entrevista somente se processa com a presença do entrevistado e do entrevistador. Requer do entrevistador uma atitude de empatia e técnicas de reformulação (reenvios, respostas-reflexas) ao tema. Para o entrevistado, sendo o tema de seu interesse, a situação pode produzir constrangimento por um lado, pela presença de interlocutor e gravador e, por outro, pode produzir espontaneidade, pela possibilidade de

discursar. A entrevista proporciona espaço para mais do que o que o sujeito havia pensado sobre o assunto até então, possibilita uma criatividade, uma espontaneidade de produção do momento em que se produz o discurso; também a consciência de que está resguardada a identidade pelo contrato ético é motivador da espontaneidade, pois a fala em uma entrevista de pesquisa, diferentemente da palavra escrita, não pode ser burilada, refeita, é um ato de enunciação com sons e sentidos próprios e não passíveis de reprodução (Bardin, 172-3).

As entrevistas estão sendo compreendidas como uma organização textual ancorada em um contexto de trabalho e social próprios, desejos e opiniões destes psicólogos sobre o seu trabalho. Assim há saberes compartilhados oriundos de um conhecimento acadêmico e ao mesmo tempo há saberes oriundos de crenças que podem ser singulares (Maingueneau, 2004, 109).

O mundo cultural pode ser visto como um sistema de significados estabelecidos em uma dinâmica social, de modo que em qualquer situação há valores pré-estabelecidos, sistemas de controle, de determinação e de coerção, passíveis de leituras diversas, conforme a vasta bibliografia da filosofia, sociologia, psicologia e todas as ciências humanas. “Nenhuma mente está livre dos efeitos de condicionamentos anteriores que lhe são impostos por suas representações, linguagem ou cultura” (Moscovici, 2003:35). E o exercício de pensar nos coloca diante de decisões cotidianas no espaço de trabalho, com dúvidas e demandas de estudo e debate.

Para Charaudeau (2004: 132) o contrato de comunicação é o conjunto de condições formado por ‘traços identitários’ (identidade), de consciência de si e da existência do outro. A noção de sujeito, ser pensante com consciência de ego separado do outro, e a noção de alteridade, de que ‘não há consciência de si sem consciência da existência do outro, que é na diferença entre ‘si’ e o ‘outro’ que se constitui o sujeito” (2004: 266).

9.2.1. O tema

O tema da entrevista é o trabalho na atenção básica em saúde e perspectivas para a formação e para o trabalho no SUS. O maior interesse é sobre o conhecimento aplicado pelos psicólogos à sua prática profissional na atenção básica em saúde, inserida em determinado contexto de organização de trabalho, diretrizes do SUS, realidade social do município e o contexto político de mudança curricular (DCN) e de implementação da política de educação permanente. Assim, uma análise qualitativa pode proporcionar, pela

unicidade de cada fala, uma melhor compreensão de como se expressam na prática, profissional em seu cotidiano de trabalho.

Em um total de treze entrevistas, foi entrevistado um psicólogo de cada Regional de Saúde, que são em número de nove. Em somente uma Regional foram entrevistados os dois psicólogos: assim são 10 (dez) entrevistas com psicólogos que compõem equipes de saúde mental e matricial, entre os 15 atuando nestas mesmas equipes na cidade de Joinville. As outras três entrevistas foram com um psicólogo do Centro de Atenção Diária “Nossa Casa” - CAD (CAPSII), um psicólogo da Unidade de Atendimento em Dependência Química - UADQ (CAPSad) e a coordenadora de saúde mental na atenção básica, do Núcleo de Apoio Técnico da Gerência de Unidade de Atenção Básica - GUAB.

As entrevistas foram realizadas em uma sala no próprio local de trabalho de cada psicólogo, com um tempo médio de 45 minutos. Foram realizadas em três viagens à Joinville, em 2005: 16 a 18 de agosto; 21 e 22 de setembro e 28 de novembro.

Foram gravadas em meio digital e transcritas na íntegra, pela pesquisadora, acompanhadas de anotações sobre comunicação não verbal, percebidas no áudio (gravação) e feitas em diário de campo, como silêncios, risos, entonações (por exemplo, irônicas ou carregada de dúvidas).

9.2.2. O roteiro

As entrevistas semidiretivas seguiram o seguinte roteiro:

1. Trabalho no SUS, na atenção básica.

Complemento: forma de contratação e data de ingresso

2. Graduação: o que estudou em saúde pública e o que acha que deveria entrar no currículo.

Complemento: instituição em que fez curso de graduação e ano de formatura

3. Como poderia ser a atuação da psicologia na atenção básica.

Os dados sobre curso de graduação, instituição e ano de formatura não serão revelados para evitar identificação, em um universo tão pequeno de profissionais.

Nas entrevistas com os psicólogos dos CAPS, mantido o tema, foi pedido que falassem sobre a atenção básica e não sobre o seu trabalho.

A última entrevista foi realizada com a coordenadora de saúde mental na atenção básica, na Secretaria Municipal de Saúde - Gerência das Unidades de Atenção Básica - Núcleo de Apoio Técnico (NAT). O objetivo foi ouvi-la sobre a orientação do trabalho das equipes de saúde mental e complementar algumas informações: sobre o trabalho do NAT; Protocolo de Dispensação de Fluoxetina (Anexo 5); objetivo das equipes de saúde mental na atenção básica; avaliação de produtividade; previsão de novas contratações; participação no Pólo Locorregional de Educação Permanente; promoção de saúde.

9.2.3. A análise

Após realizar as entrevistas, foram feitas leituras sucessivas, de maneira flutuante, como propõe Bardin (1977), com o propósito de que viessem à tona os eixos estruturantes do discurso. A leitura flutuante consiste “em estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto deixando-se invadir por impressões e orientações (Bardin, 1977: 96)”. Assim, possibilidades de categorias de análise mostraram a necessidade de criar e reforçar o referencial teórico e isto fez com que o primeiro capítulo fosse reescrito e se organizassem as necessidades de referencial teórico. Por outro lado, à medida que se ampliava a reflexão teórica, novos sentidos eram dados para as falas, criando um processo fértil de idas e vindas, que em algum momento tive que decidir por suspender para dar corpo a uma análise das entrevistas de psicólogos sobre seu trabalho e suas perspectivas para a psicologia na atenção básica em saúde. Assim, não foi possível utilizar todo o conteúdo apreendido, dado o limite de tempo.

10. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados com reprodução de algumas falas dos entrevistados, de modo a possibilitar uma análise qualitativa das entrevistas, amparada no referencial teórico já apresentado. A fim de facilitar a leitura, estarei repetindo informações sobre o universo das entrevistas. Foram realizadas 13 entrevistas com psicólogos do SUS, em Joinville. Sendo o foco da pesquisa o trabalho do psicólogo na atenção básica, foi entrevistado um psicólogo de cada uma das nove regionais de saúde, sendo em uma regional entrevistados os dois psicólogos. Ainda, foram entrevistados um psicólogo de cada Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II e CAPSad) e a psicóloga responsável técnica pelas equipes de saúde mental na atenção básica, do Núcleo de Apoio Técnico (cap.6.2). Os psicólogos do SUS de Joinville que atuam na atenção básica são integrantes de uma equipe de saúde mental, (psiquiatra, um ou dois psicólogos, terapeuta ocupacional, ver cap.6).

A análise de conteúdo, como está descrita no Percurso Metodológico (cap.9), por meio da leitura flutuante, expôs como eixos estruturantes das entrevistas a ‘atuação do psicólogo’ e suas ‘perspectivas sobre o trabalho e a formação’. Por sua vez, esses foram os temas das entrevistas, assim tanto categorias que poderiam ser definidas *a priori* como categorias que emanaram do aprofundamento sobre o sentido do conteúdo. No processo, houve a preocupação em não fragmentar o discurso para objetivar resultados e, assim, optou-se em somente duas categorias. Mas o conteúdo sobre a atuação é bastante diferenciado e permitiu que fosse separado em sub-categorias que dão conta dos principais temas abordados pelos psicólogos ao falarem de seu cotidiano de trabalho. Certamente, interrelacionadas e sobre um mesmo tema e por isso mesmo inseridas em uma única categoria: ‘Atuação do psicólogo’. Já na segunda categoria, ‘Perspectivas do psicólogo para o trabalho e a formação’, chegou a ser separada em sub-categorias, formação e perspectivas, mas isso levou a fragmentar o raciocínio e foi reiniciada a leitura para apresentação dos resultados sem sub-categorias. Desta forma, segue a divisão em categorias que será adotada para análise das entrevistas:

10.1. Atuação do psicólogo

10.1.1. Recebendo a demanda

10.1.2. Trabalho com grupos

10.1.3. Medicalização

10.1.4. Apoio matricial

10.1.5. Prevenção

10.2. Perspectivas do psicólogo para o trabalho e a formação

10.1. Atuação do psicólogo

10.1.1. Atuação do psicólogo - Recebendo a demanda

Algumas variáveis foram agrupadas aqui. Ficou mais abrangente centralizá-las nesta sub-categoria, mas poderiam ter sido separadas em outras sub-categorias, como por exemplo: recepção, acolhimento em grupo, acolhimento individual e triagem.

A equipe de saúde mental nas regionais de saúde tem dois tipos de demanda: dos serviços de saúde mental e da comunidade, conforme a área de abrangência (cap.6.2). A demanda encaminhada pela rede de saúde mental segue as Diretrizes do município e é composta de pessoas que passaram por tratamento nos serviços de saúde mental de média e alta complexidade. A demanda da comunidade é formada pelas pessoas que buscam os serviços da equipe de saúde mental e/ou do psicólogo por encaminhamento na própria rede básica e na rede escolar, bem como pelas que chegam espontaneamente na regional ou nos centros de saúde em que o psicólogo, incluído em uma equipe, oferece serviços em grupo ou individual. Há encaminhamentos diretamente ao profissional psicólogo, outros à equipe,

como também encaminhamentos feitos dentro da própria equipe, do psiquiatra para o psicólogo.

Os psicólogos têm posturas variadas quanto ao acolhimento. Alguns somente aceitam pacientes encaminhados, conforme as Diretrizes de Referência (Anexo 4), outros compreendem que quem chega ao serviço deve ser atendido, com ou sem encaminhamento. Vejamos algumas colocações dos psicólogos:

(E6)

A gente não atende a demanda espontânea...É um pouco mais burocrático e as pessoas chegam do mesmo jeito na gente. ...A lista de espera tem umas 200 pessoas. ...a gente marca 12 (doze) para cada triagem.

(E5)

Eu atendo a demanda encaminhada pelo psiquiatra, pediatra ou escola; atendimento é mais individual, tenho alguns grupos, mas ainda é pouco...

(E8)

[Do PSF] eles encaminham pacientes pra psicologia, pra terapeuta ocupacional, pro psiquiatra. [A demanda espontânea] também é atendida.

(E10)

A gente tem uma lista de espera, cada profissional tem uma lista de espera, eu tenho uma lista de espera imensa. ... A gente pede que venha indicado por alguém., ...mas não é que não vai ser atendido se não tiver encaminhamento, mas a gente procura que tenha encaminhamento.

(E4)

...como a agenda é lotada, a gente pede que seja feito agendamento com encaminhamento. Vem muito encaminhamento da escola e pediatra. Se a mãe procura direto, é orientada a, se for problema na escola, pedir o encaminhamento à escola, senão passar pela pediatra para pedir o encaminhamento.

(E2)

Nós não temos mais lista de espera para o atendimento da criança. ...a gente não exige encaminhamento ... temos um grupo de acolhimento semanal. ...Nós [terapeuta ocupacional e psicólogo] entendemos que se a mãe está com alguma dificuldade ela não precisa passar pelo pediatra.

(E13)

De acordo com a demanda, fica a agenda pronta, as pessoas vão telefonando e vão agendando. ...toda semana ...eu atendo o grupo...

Como se pode ver, a demanda é muito grande, o que se explica por ser referente a uma área de abrangência com população entre 40 e 70 mil habitantes (cap.6.2). Os grupos de acolhimento, chamados também pelos psicólogos de grupo de espera ou grupo de recepção, são, de maneira geral, coordenados conjuntamente por psicólogos e terapeutas ocupacionais.

Em algumas Regionais o grupo de acolhimento cumpre também a função de triagem e define tratamento e/ou encaminhamentos para grupos de apoio, grupos terapêuticos, orientação individual, psicoterapia individual e consulta com o psiquiatra da equipe, de maneira geral. A orientação do Núcleo de Apoio Técnico, como vimos no cap.6 é de ampliar os trabalhos em grupos, o que é perceptível entre as atividades descritas pelos psicólogos das regionais.

São diversos os objetivos dos profissionais, como se pode ver em sua postura no acolhimento e triagem. Abaixo temos três entendimentos diferentes sobre grupo de acolhimento/triagem.

(E6)

Eu orientei as meninas da recepção a [explicar] que [o grupo de triagem] é a porta de entrada do atendimento adulto. ...que não é obrigada a falar. ...Eu faço um jogo, uma brincadeira e converso com elas, faço o contrato, sigilo. No começo eu falo que não vou obrigar ninguém a falar. Chega na hora de falar, todo mundo fala. E eu peço para ser objetivo também. Pra ninguém ficar tempo demais. ...pra eu ter idéia do que está acontecendo, poder avaliar, ...se encaminho pro psiquiatra avaliar também, [se] já coloco no grupo.

(E7)

Então tem esse primeiro dia que eu recebo eles em grupo, que é um acolhimento. Na verdade não é um espaço muito aberto pras pessoas se colocarem, colocarem suas questões, porque é um momento de grupo, até tentei uma época ...então é um momento onde eu faço uma palestra, explico como é que funciona aqui...(E7) ...Eu procuro nesse momento estar esclarecendo as diferenças entre uma consulta com o psicólogo e uma consulta médica.

(E8)

Qualquer pessoa que chega com necessidade de trabalho psicoterápico é encaminhado pra triagem, como nós chamamos. Aí é nesse momento, eu faço em grupo, coloco as pessoas aqui nessa sala e vou ouvindo a queixa individualmente. A partir dessas queixas registradas nos primeiros momentos eu faço os encaminhamentos de acordo, alguns já vem com encaminhamento pro psiquiatra, pro grupo, mas a maioria deles não tem encaminhamento direcionado, então na triagem a gente fica ouvindo e vê o que é necessário.

E7 e E8 encaminham de maneiras diferentes o grupo de acolhimento e/ou triagem, mas ambos seguem um mesmo referencial, em que o profissional conhece *a priori* o que o paciente necessita. E7 usa o recurso de palestra; E8 afirma que quem chega ao grupo está necessitando de psicoterapia.

A palestra está sendo usada como uma forma de passar informações que o terapeuta considera importantes para as pessoas. Esta pedagogia de transmissão visa passar informação desprovida de vivência e muitas vezes sem interesse para quem ouve.

A palestra como proposta para mudança de atitude das pessoas tem pouco poder de persuasão e de proporcionar qualquer tipo de conscientização (cap. 7.4).

Será possível afirmar que quem chega a um grupo de acolhimento no campo 'psi', encaminhado, no mais das vezes por outros profissionais, esteja desejando ou precisando fazer uma psicoterapia? Afirmar que a pessoa precisa de psicoterapia é uma atitude que faz parte do instrumental do modelo biomédico, em que o profissional tem o saber e o paciente deve acatar esta 'verdade'.

Como vimos, E8 ouve em grupo a queixa individual, para o que não encontrei apoio teórico: porém, é possível supor que as pessoas se constranjam, pois são expostas a falar de coisas íntimas sem interação com as outras pessoas, dado que um espaço em que é feita uma palestra não se pode caracterizar como grupo (cap.7.4).

Ao proporcionar um ambiente de confiança entre as pessoas no grupo de acolhimento/triagem, E6 impulsiona o início de um trabalho no campo 'psi'. Porém, coloca um limite de forma e tempo (ao solicitar objetividade), regulando o processo de cada um de fora para dentro. É feito um corte exatamente quando a pessoa, após uma dinâmica de sensibilização, vai tentar verbalizar seu processo, sobre o qual não está tendo clareza e que a faz sofrer, motivo provável de procurar ajuda (cap.7).

Abaixo podemos ver como E2 encaminha o acolhimento/triagem com as mães (às vezes há pai, mas a maioria é mãe). A interação no campo 'psi' proporciona um trabalho em grupo, onde transparece a otimização terapêutica e a minimização do sofrimento e da exposição das crianças.

(E2)

No] grupo a gente faz um contrato, explica como funciona, entendemos que a partir do primeiro momento em que a mãe participa do grupo, já é o atendimento da criança, porque muito a mãe vai conseguir ajudar naquilo que está difícil, vai ter recursos para lidar com as dificuldades que a criança apresenta. A gente vê um resultado bom nisso, quando as mães voltam, já falam pra gente o que conseguiram, quando a criança entra em tratamento muita coisa já foi trabalhada. Muitas vezes a criança nem precisa ser atendida.

A maneira de encaminhar o primeiro contato pode mostrar como o profissional estabelece o vínculo com as pessoas, pois a qualidade de relação terapêutica é proposta pelo profissional, de preferência pela equipe, desde o método de trabalho instalado na recepção. Como vimos, na interação do psicólogo com o recepcionista ou possibilitando agendamento por telefone (E13), é eficaz a tentativa de minimizar o sofrimento do usuário, eliminando a famosa fila para marcar consultas.

Um profissional faz entrevista individual antes do grupo, chamado de ‘espera’ ou ‘acolhimento’, como vemos a seguir.

(E11)

Primeiro é individual e o retorno em grupo. Coloco que nesse grupo não é obrigatório falar, que o grupo vai ter palestras, a gente vai falar de depressão, ansiedade, tratamento, educação de filhos. Algumas não falam nada no grupo, outras falam bastante, e a gente orienta, a gente fala sobre vários assuntos.

...esse grupo é bem interessante por que é bem mesclado, tem adolescentes, mulheres, homens, mas pode vir uma outra pessoa, a mãe, por exemplo, se o adolescente não gosta, acha chato, alguém vem representar ele para garantir a vaga dele.

Vaga para consulta individual, pra psicoterapia. Do grupo elas são encaminhadas pro atendimento individual, pra vaga definitiva.

A orientação do Núcleo de Apoio Técnico é para que as “intercorrências clínicas” sejam feitas “através de atendimento individual e em grupo” (cap.6.2). Porém, essa mescla entre individual e grupo no acolhimento/triagem pode criar um ir e vir do consultório ao grupo, uma fila obrigatória e não necessariamente funcional com o objetivo de diminuir a fila de espera. Outro ponto a destacar é que o processo é feito para ‘busca da vaga definitiva’ em psicoterapia. Compreende-se, então, neste caso, que o trabalho principal é o de psicoterapia de curta duração, com foco definido, nomeada pelo entrevistado de ‘psicoterapia breve’.

Conhecemos um pouco como a pessoa é recebida pela equipe de saúde mental, na comunicação da experiência por alguns psicólogos, sem a intenção de esgotar as possibilidades de análise.

10.1.2. Atuação do psicólogo - Trabalho com grupos

Como já vimos, o acolhimento/triagem é feito principalmente em grupo, mas algumas vezes em entrevista individual. Daí são feitos encaminhamentos, se for o caso, ou proposto um trabalho que pode ser em grupo ou individual. O atendimento individual, devido à demanda, é de curta duração (cap.7.3), portanto, com foco na problemática apresentada pela pessoa na entrevista ou acolhimento/triagem. Aqui vamos analisar a maior ênfase dos psicólogos, que é o trabalho em grupos. É perceptível o esforço dos profissionais para estabelecer o trabalho em grupos, conforme as Diretrizes de Referência,

mesmo que muitos dos psicólogos sejam formados para o exercício como profissional liberal e para a prática de terapia individual, como veremos mais adiante.

Os profissionais estão locados como uma equipe interdisciplinar, com a supervisão do Núcleo de Apoio Técnico (NAT). Certamente o trabalho não é interdisciplinar, podemos chamar a equipe de multiprofissional, mas há processo de construção de trabalhos em equipe ou pelo menos em duplas, principalmente psicólogo e terapeuta ocupacional, curiosamente mais do que entre os dois psicólogos de uma mesma equipe.

(E7)

Alguns grupos eu faço com a terapeuta ocupacional. Eu aprendi aqui que é muito bom fazer o grupo com uma pessoa coordenando junto. Como eu tenho bastante afinidade com a terapeuta ocupacional, quando ela tem disponibilidade a gente faz grupo juntas.

O psiquiatra é, em geral, o mais distante da equipe, como se pode ver nas Diretrizes, em que a agenda da equipe e a agenda do psiquiatra são itens distintos, bem como a carga horária diminuta do psiquiatra (Anexo 4).

Serão apresentados trechos das entrevistas, de maneira a retratar todas as formas de trabalho em grupo que apareceram nas entrevistas e as demandas destes profissionais para desenvolver seu trabalho. Inicialmente apresento dois trechos grandes que descrevem duas abordagens de atuação bem diferenciadas.

(E13)

Eu trabalho aqui em atenção básica, que é um pouco com atendimento com grupo terapêutico e alguns casos individuais, com criança, adolescente e adulto, às vezes atendo o casal. Já aconteceu de vir, como eu descrevi há pouco, que toma fluoxetina pra lidar com o marido que é alcoolista, o marido que bate. Já aconteceu de eu fazer uma sessão com o casal. O marido foi convidado e ele veio, então às vezes pode acontecer isso.

Lá no PSF, que também é grupo, é mais grupo de apoio, ...a maioria com medicação. Eu acho assustador o número de pessoas medicadas com dificuldades relacionais, dificuldades afetivas.

Temos um outro sobre ansiedade, ...talvez não haja necessidade de entrar com a medicação dessa forma. A pessoa vai deprimindo, afundando e aí parece que não tem mais jeito. Alguns casos eu acho que não precisaria medicação, mas aí teria de ter um contato mais assíduo. Isso é um projeto do sistema de saúde do município, de cada vez mais estar, principalmente no PSF, equipe multi e interdisciplinar, para atender as famílias ...o médico já faz isso, no PSF, tem os agentes comunitários que vão nas residências, eu passo pros agentes o que está acontecendo, pra ir lá na família, aí ele traz pra mim.

(E11)

Eu, além da psicoterapia breve, também tenho uns grupos, sempre trabalhei com grupos, já trabalhei bastante com pré-adolescentes...

E também sempre fazendo prevenção, de atenção básica, sempre gostei de dar palestras, sobre adolescência, sobre depressão e ansiedade...

...Com a psiquiatria ...esse projeto do catavento ... são grupos de apoio à depressão e ansiedade, comecei também a trabalhar com o clínico. Com o psiquiatra a gente faz alguns grupos juntos, tem um de depressão grave e de bipolar; de esquizofrenia quem faz junto é a terapeuta ocupacional.

...a psiquiatra foi descobrindo que pacientes mais antigos, que vinham repetindo a receita, que estavam mais estabilizados ela reunia em grupo, até para poder aumentar a capacidade dela de atendimento, poder atender outros novos que estavam na lista de espera. A princípio é um grupo de medicação, que se torna um grupo de apoio. Não é uma terapia de grupo tradicional, como a gente aprende na faculdade, ele é um grupo de apoio, principalmente de medicação e se torna um grupo de terapia não tão aprofundado. A gente não usa todas aquelas técnicas.

... E com o passar do tempo, logicamente a demanda foi aumentando e daí só tinha eu, e ao invés de contratarem outro , não contrataram, e foi aumentando o meu trabalho.

...Comecei a atender individual lá [nas unidades da Regional], daí como eu não podia ficar muito tempo lá, os atendimentos eram de 30 minutos. Também comecei a ajudar os clínicos a fazer grupo de apoio. ...Uma vez por mês. Então foi aumentando cada vez mais.

...A minha visão de saúde pública é que a gente tem de se adaptar à demanda, a gente tem de ir acompanhando aquilo que está sendo solicitado.

A grande demanda pode-se tornar um norteador da organização do trabalho, como acima, ou anteriormente também por E11, como determinante da técnica terapêutica e do tempo da sessão, com o objetivo de atender mais pessoas em menos tempo e não com intenção de qualificar o trabalho em benefício das pessoas (cap.7.3).

É notável a rede medicalizada, iatrogênica, quando medica a mulher para que agüente apanhar do marido, não lhe dando a oportunidade de se instrumentalizar para tomar uma atitude e viver melhor, apesar de haver instalada uma equipe de saúde mental. A escuta e a observação do psicólogo pode corroborar com esta engrenagem medicalizada, que patologiza o sofrimento psíquico, com um modelo biomédico de diagnóstico, prescrição de remédio e definição de grupos terapêuticos, apoio e de medicação (como propõe o Protocolo de Dispensação de Fluoxetina (Anexo 5 e cap.6.2), seguindo a classificação do DSM IV (cap.5).

Como doença de notificação compulsória, os programas de atenção básica têm trabalhado com grupos para diabéticos e hipertensos, principalmente. Aqui podemos ver o psicólogo reproduzindo este modelo de grupos por agravo sem crítica ao estabelecido, um grupo para falar da doença, o problema comum. A identidade é pela doença e não como entre as gestantes ou entre jovens, idosos, grupos mistos ou de mulheres e de homens, enfim, grupos em que haja uma identidade de vidas e não de doença.

E10

Uma vez por mês eu vou pra lá [UBS] e faço dois grupos com a clínica (médica), um é de diabéticos e outro é de medicação, a gente faz o trabalho lá na igreja.

O programa de pré-natal indica que sejam feitos grupos de gestantes, mas os grupos, de maneira geral, são apenas de informação, com pequeno poder de proporcionar a mudança (cap.7.4), como podemos ver:

(E10)

grupo de gestantes, aí o foco é orientação mesmo, prevenção, procuro fazer um trabalho bastante lúdico, a importância do vínculo com o bebê, a consciência disso, a função desse bebê na família, todas as expectativas que envolvem a situação, dar espaço para esse bebê chegar, será que ele vem para dar conta de alguma coisa, pra resolver alguma coisa. Eu procuro trabalhar bem a prevenção, ...trabalhar acolhimento e a estimulação do bebê. É uma palestra que eu faço uma vez por mês ...tem muita adolescente que vem pra esse grupo, ...então vou tendo um recorte e alguns casos já encaminhado, já ofereço no final da palestra da gente conversar e marco horário. Pra mim tem mais a ver com prevenção, promoção de saúde mental.

(E6)

A minha ação, por enquanto está mais aqui dentro. Eu fui bem poucas vezes no PSF, e para fazer grupo de gestante. Por causa da grande demanda, sou a única psicóloga para toda a Regional.

Temos entre os entrevistados visões distintas do SUS, especialmente da atenção básica. Nos extremos, de um lado profissionais que acreditam na estratégia saúde da família, incluído o agente comunitário, em uma equipe matricial em saúde mental. De outro, o atendimento individual como a terapêutica principal nas unidades básicas, mesmo que diminuindo o tempo de sessão e induzindo o processo, tornando o tratamento quase um espaço de informação do terapeuta para o usuário.

Poderiam ser feitas as questões: uma escolha de técnica de trabalho deve ser determinada para suprir a quantidade de pessoas em detrimento da qualidade? Um grupo de apoio, informação e acompanhamento do uso de medicamentos levará à diminuição da prescrição de medicamentos? Questões que ficam sem resposta, por enquanto.

Há uma outra intervenção em grupos para pessoas diagnosticadas como depressivas e/ou ansiosas, o chamado grupo terapêutico (cap.6.2.1.3), que são abertos e duradouros, que até passam por mudança de terapeuta, sempre conduzido por dois profissionais, como podemos ver abaixo.

(E6)

A gente tem um grupo, quando eu entrei já tinha, jogaram assim, toma que o filho é teu, esse grupo é da psicóloga, então é teu.

Uma vez faço com a terapeuta ocupacional e outra com a enfermeira. É um grupo de senhoras, que chamava grupo Catavento, antigo de saúde mental. Uma hora a gente faz jogos, brincadeiras, a fim de provocar reflexão, troca, relacionamento. Pelo que entendo essas senhoras vieram com quadro depressivo. Estavam naquela de ter uma rede de relações bem estreita, se isolando e essa foi uma alternativa de aumentar sua rede de relações... É um grupo aberto e todas não vem sempre, o total deve ser de 25 a 30 mulheres.

Não, a maioria não toma mais [remédio].

O grupo é aberto, das 4 às 5, e das 5 às 6 é atividade física, e eu vou junto; alongamento, ginástica, às vezes tem jogos, com uma estagiária de educação física. Na quinta de manhã bem cedo tem caminhada, vêm algumas destas senhoras e outras.

(E8)

...a gente trabalha com o grupo que chama grupo catavento, ...para pacientes com ...ansiedade e depressão, é um grupo misto e aberto também, e é realizado por mim, pela terapeuta ocupacional e pela médica. São pacientes todos medicados, tomam antidepressivos, principalmente a fluoxetina, que a rede fornece. Muitos pacientes que vem com queixas de depressão ou que já vêm medicados vão pra esse grupo. ... A gente usa dinâmica de grupo para estimular o autoconhecimento, para se conhecerem um pouquinho melhor, aprenderem a lidar com seus sentimentos, não buscarem a medicação como uma válvula de escape, isso é muito intenso aqui. ... Mas tem funcionado muito, de eles estarem começando a ver que sentir raiva é normal, ficar irritado é normal, que quando eu penso num ente querido eu não preciso estar tomando remédio pra estar lidando com isso... Eu sinto que está sendo muito bom, o catavento. Já tem um grupo de alta do catavento, ...que se reúne uma vez por mês e ele fica 3 ou 4 meses. A médica vai tirando aos poucos a medicação e a gente vai trabalhando como eles se vêem sem a medicação. Trabalhando o desligamento tanto do grupo como da medicação. São 4 grupos de catavento, com 5 pessoas cada, e um grupo de alta.

Apesar de a intervenção técnica nos dois grupos serem parecidas, quanto à utilização do recurso de dinâmicas de grupo e a participação de vários profissionais, gostaria de ressaltar um aspecto de cada e bem diferentes. E6 conta de uma experiência em que participa com as pessoas do grupo, como uma delas, de uma atividade coordenada por uma estagiária. Uma profissional em linha horizontal com os ‘pacientes’ e com o ‘estudante’. Terapeuticamente, ser igual pode ser um valor dos mais importantes para mudança de atitudes e de postura diante da vida, que um grupo deste tipo pode proporcionar (cap.5, ao falar que o outro diante de mim tem de ser visto como uma pessoa igual a mim).

E8 coloca como um problema comum no SUS a busca de “medicamento como válvula de escape”. Se fosse caso isolado, descontextualizado, seria possível culpabilizar

a pessoa, mas seria possível entender como um resultado da iatrogenia do modelo biomédico de medicalização, com poder auferido ao médico na sociedade brasileira e mundial, em detrimento de qualquer conhecimento popular ou de outras culturas e a pressão da indústria farmacêutica (Bezerra Junior, 2001: 147-153 e cap.4). “Se o médico for suficientemente criterioso para ouvir o discurso do paciente não como produto da ignorância ou da pobreza intelectual, mas como um discurso diferente, de complexidade e riquezas próprias, terá aí um campo de intervenção terapêutica e de pesquisas altamente promissor (153).”

De maneira bem diversa, o profissional pode se colocar distante e superior, inclusive não aproveitando as aberturas terapêuticas que podem advir do contrato. O contrato é uma forma clara, explícita, de colocar os limites da relação terapêutica. Contribui para o andamento do processo terapêutico e como um instrumento para que a pessoa possa vir a perceber como se dão as interações na terapia e relacionar com seu ambiente doméstico, de trabalho etc. Abaixo, o desdobramento quando a pessoa não cumpre o contrato é de uma técnica do psicólogo com método punitivo, uma relação de autoridade do profissional sobre a pessoa, definindo por ela como deve agir.

(E7)

[grupo de recepção] E procuro colocar algumas questões burocráticas do local, a questão de falta... Então a gente coloca que se a pessoa faltar duas vezes sem justificar ela volta pro fim da fila, é algum limite nesse sentido das faltas. É muito complicado, o pessoal falta muito. ...pra dificultar um pouco o caminho, colocar alguns limites, não vai ser tão fácil. Eles vão ter de me achar, ...é difícil me achar. Então tem de ligar, tem de me deixar recado, às vezes não dou conta de responder recado, tem de me procurar pessoalmente, procuro dificultar, ...é um filtro, quem realmente tiver a fim do trabalho.

Desta maneira, se faltar perde a vaga, tira qualquer possibilidade de se trabalhar com resistência à possibilidade de terapia psicológica como também de se trabalhar as dificuldades de cotidiano, como sócio-econômicas, contexto cultural de que quem procura ajuda no campo ‘psi’ é ‘maluco’, por exemplo, que atormentam ou até podem impedir uma pessoa de buscar ajuda.

A seguir uma experiência em grupo de adultos, único entre as entrevistas, que não tem relação com medicação e diagnóstico de doença. O cotidiano é o assunto da cena, não é claro se o terapeuta tem esta mesma compreensão, mas efetivamente o grupo se constrói e com um nome vivo, grupo de sentimentos.

(E8)

[grupo de sentimentos] ...só de mulheres, que a gente iniciou no final do ano passado, eu e a assistente social, é um grupo muito interessante, não são pacientes medicadas, são mulheres que trazem os problemas do dia-a-dia, problemas com filhos, no casamento, no trabalho, não é necessário uma psicoterapia, não teria pq encaixar num grupo de depressão, então a gente mantém este grupo para estar trabalhando estas questões, é um grupo de auto-ajuda na verdade, mais ou menos assim.

Nas Diretrizes de Referência a função prioritária da equipe é o acompanhamento das pessoas encaminhadas da rede de saúde mental e seus familiares, a fim de cumprir o indicativo da política nacional de saúde mental (cap.6). Na prática, como vimos, a equipe de saúde mental tem de dar conta dos transtornos psíquicos graves, como integrante da rede de saúde mental substitutiva ao manicômio: suporte local para as pessoas que já não estão em crise, mas têm comprometimentos que alteram e muito seu viver cotidiano.

(E8)

Tem encaminhamento do PAPS pra cá, toda semana tem, que encaminha pra triagem. E do CAD, quando eles recebem alta já inicia o trabalho aqui, e também serviços paralelos, no grupo terapêutico ou projeto individual ou em ambos. E também com a família. E quando ele está no CAD a família fica lá, ele fica lá e faz somente individual comigo aqui, mas isso é pouco. A maioria é depois que recebe alta [no CAD].

(E6)

[Na Vigilância Sanitária] ...tem um psicólogo, tem uma equipe lá que atende HIV. HIV eu tenho certeza. Daí, também, fazem o tratamento intensivo lá e já estou atendendo uma paciente aqui. Eles encaminham pra cá quando já não é mais necessário tratamento tão intensivo. Mas continuam indo lá para pegar medicação, para apoio, suporte, mas já estou atendendo aqui.

(E8)

...a gente não trabalha com alcoolismo, drogadição aqui, aí eu tenho feito encaminhamento direto pro UADQ. Muitas vezes para os familiares... Eu acho que o trabalho do UADQ está sendo bom.

A atenção básica, conforme as Diretrizes de Referência (Anexo 4), tem a função de fazer o acompanhamento, vigilância e reabilitação social das pessoas encaminhadas dos serviços de saúde mental, em uma relação de referência e contra-referência. Assim, temos os psicólogos como integrantes na equipe, trabalhando em grupos com pessoas com graves comprometimentos psíquicos (cap.6 e 7).

(E10)

Eu recebo pacientes egressos do CAD e encaminho pacientes com risco de descompensar, que precisam de uma atenção mais especial, intensiva, aí eu faço o contato com o CAD e encaminho. Mas é mais eles que encaminham pra nós, pacientes que saíram de uma internação, do hospital mesmo, ficam lá um tempo ...no CAD... e vão se restabelecendo e daí poderem vir para um trabalho que seria uma reinserção. ...há 3 anos que tenho esse grupo, vem de internação só.

(E6)

Tem grupo de psicóticos, eu e a terapeuta ocupacional, e a terapeuta ocupacional tem outros. Ela tem alguns pacientes individual, que estão na cama, com comprometimento neurológico.

(E5)

...quando é uma doença mental um pouco mais grave, existe o grupo terapêutico que é tocado pela assistente social e pela terapeuta ocupacional, este eu não estou fazendo parte, que é para pacientes psicóticos, esquizo, também é semanal e é realizado também aqui. Grupo terapêutico no sentido mais de terapia ocupacional. Eles fazem trabalhos manuais, eles fazem jogos.

E8

Só o grupo terapêutico que é semanal. Também é feito grupo de acompanhamento com os familiares do grupo terapêutico, esse não tem data, quando a gente sente necessidade chama os familiares para conversar. Acontece mais ou menos de 3 em 3 meses e a farmacêutica também participa desse grupo até para orientação dos familiares a respeito de medicação, efeitos e tudo mais porque eles não conhecem na verdade, né. Então a gente sentiu a necessidade de colocar a farmacêutica junto. Tem funcionado bem legal.

A política nacional fala que se deve “trabalhar o vínculo com a família, tomando-a como parceira no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração(MS, 2004: 81”. As pessoas que passaram pelos serviços de saúde mental, substitutivos ao manicômio ou mesmo por internação, precisam fazer grupo separado. Não há grupos de família, as famílias são somente chamadas quando os profissionais consideram importante, para ensiná-los a cuidar de seu parente e a dar a medicação. Novamente o centro é a doença e o remédio (cap.7). A base epistemológica é de que existe uma doença de uma pessoa.

10.1.3. Atuação do psicólogo - Medicalização

Precisamos destacar como alguns conceitos que perpassam o pensamento do psicólogo, desde a sua formação, e que influenciam sua postura de trabalho, como vimos e veremos abaixo, com expressões carregadas de sentido, como: ‘terapia de grupo tradicional que se aprende na faculdade’; ‘o que a gente está acostumado no consultório’; ‘problemas cotidianos X não necessidade de psicoterapia’; ‘grandes processos terapêuticos X ser ouvido’; ainda, a faculdade ensina que ‘a pessoa está ultra a fim de se trabalhar’.

(E7)

...Não é grandes terapias, não é grandes processos terapêuticos, querem ser ouvidos, querem ser acolhidos, tem muito essa coisa assim de vem, some algum tempo depois volta. É um vínculo que eles fazem com você, mas é diferente de um contrato

terapêutico, que a gente está acostumado a nível de consultório. Tem muita questão social, muitos problemas que não sei se está misturado com a demanda médica, na verdade a gente tem um paciente dos médicos e eles só querem um apoio para um problema que é predominantemente médico, várias coisas nesse sentido. O trabalho é diferente do consultório [privado].

(E10)

...Essa é uma questão no serviço público, a nossa clientela, ...é preciso oferecer à pessoa que vem aqui alguma coisa que seja efetiva pra ela, é muito diferente. Você faz a faculdade e tem formação com um foco de que a pessoa está ultra a fim de se trabalhar, ela quer se ver, não é bem assim, as pessoas às vezes vêm com uma coisa emergencial, precisando lidar com aquele conflito de uma forma mais apropriada...

(E8)

Eu trabalho há pouco tempo na rede pública, mas sempre trabalhei com consultório, é uma clientela muito diferente. Eu vejo que aqui eles têm uma fragilidade que eu não vejo isso fora. Interessante isso, eu achei que fosse ao contrário! E hoje trabalhando aqui, as coisas pegam neles de uma maneira muito mais intensa, coisas assim do dia-a-dia, né. Qualquer probleminha eles se voltam para o remédio, o remédio como solução, e a gente tenta trabalhar de outras formas, vamos buscar conversar sobre o que você tem, vamos buscar trabalhar, eu já tive muito essa coisa de buscar trabalhar, de buscar estudar e vejo que a questão da escolaridade é muito precária aqui.

A medicalização e a aculturação da população está presente, fazendo com que se dependa cada vez mais do profissional de saúde e não o contrário, como pretendem as políticas públicas de saúde e o movimento sanitário. Seria um exemplo próprio de iatrogênese clínica, como define Illich (cap.3), que vem permeando as entrevistas, que contamina a rede?

(E13)

...As pessoas querem soluções mágicas, querem a medicação. a receita, que em tanto tempo vai ficar bem. Eu tenho questionado muito isso. Por exemplo, como mulheres estão tomando medicação para agüentarem lidar com seus maridos que são alcoolistas, que são violentos, que são intransigentes, mulherengos como elas dizem: – Ah, eu tomo fluoxetina por que eu não agüento, meu marido é mulherengo, então a fluoxetina me dá paciência pra tolerar isso.

Eu acho isso muito sério. Tem de se trabalhar e se trazer os homens, mas isso é projeto futuro, fazer grupo de apoio com casais. Trabalhar as dificuldades que fazem o homem ser assim, claro que tem a coisa da cultura, o que é coisa de homem, o que é coisa de mulher, mas a gente pode estar intervindo.

Muito pouco se pode fazer quando se recebe a pessoa já medicada e achando isso bom para não mexer em sua vida: suportar o que é insuportável.

O psiquiatra é integrante dessa ‘equipe’? O seu trabalho tem respaldo na normatização para ser isolado da equipe e sem envolvimento sobre a qualidade da prescrição de seus colegas nos Centros de Saúde (Anexo 4).

(E11)

Se é o psiquiatra que dá essa medicação não é necessário participar do grupo, ele [a pessoa atendida] tem um carimbo lá que é dispensado de participar do grupo. Se é o clínico geral que dá, então, é só no grupo.

O psiquiatra, assim, tem o poder de determinar tratamento sem qualquer troca com os colegas da ‘equipe’ de saúde mental. Abaixo veremos como isso interfere na relação, quando alguns profissionais tentam encaminhar a situação para um crescimento dos serviços em benefício da população e isso acaba mexendo com o corporativismo de alguns.

A naturalização da medicalização é tão forte que entre as propostas de indicadores do Ministério da Saúde para o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), em saúde mental, está “prevenção ao uso inadequado de benzodiazepínicos”. Sendo drogas controladas por receita médica, não poderia se tornar dependência senão como prescrição médica. Mas é tratado como um agravo à saúde independente do serviço, uma naturalização da iatrogenia?

10.1.4. Atuação do psicólogo – Apoio matricial

O indicativo da política nacional para uma rede de saúde mental é que as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) dêem apoio matricial às equipes das unidades básicas ou que sejam criadas equipes de apoio matricial para a atenção básica, “para no mínimo seis e no máximo nove equipes de PSF ou para grupos populacionais entre 15 e 30 mil habitantes” (MS, 2004, 80 e cap.6.1). Em Joinville, as equipes de saúde mental foram criadas no início dos anos 1990, quando da implantação do SUS, nas regionais de saúde, com uma área de abrangência entre 40 e 70 mil habitantes (cap.6).

Em 2005, as equipes de saúde mental passam a dar apoio matricial aos médicos das unidades básicas, para cumprir o Protocolo de Dispensação de Fluoxetina (cap.6.2.1 e Anexo 5). O objetivo da Secretaria Municipal de Saúde e da Comissão de Saúde Mental é de ampliar a capacidade de atendimento dos médicos da atenção básica e diminuir a prescrição de medicamentos, por meio de grupos de prescrição de medicamentos (cap.7.3). Segundo E12, na avaliação no final do ano, “todas as unidades implantaram grupos de saúde integral, que é justamente o grupo que preconiza o protocolo, dá conta dessa demanda leve e moderada na atenção básica, com apoio, informação e acompanhamento”.

Esta expressão ‘grupo de saúde integral’ refere-se ao grupo de medicação, conforme Protocolo (1B) e não foi usada por nenhum outro entrevistado.

As entrevistas foram feitas exatamente quando da implantação do Protocolo, estando todos os psicólogos que trabalham com adultos mobilizados. Segue como os psicólogos justificam a medida e a compreendem.

(E13)

...foi criado o Protocolo de Dispensação de fluoxetina, sendo que até 40mg os clínicos podem receitar, acima de 40 só os psiquiatras e a distribuição gratuita é pela farmácia SUS e da Univille, mediante a comprovação de participação em grupo, seja de orientação para a medicação, seja terapêutico, onde eu já estou atenta ao uso do medicamento, uma vez mês nos grupos do protocolo. No mês de março deste ano foram distribuídos 300 mil comprimidos, é um problema sério.

(E11)

...então alguns pacientes pegavam a receita na consulta individual, não vinham no grupo, como se não fosse uma coisa assim tão necessária vir no grupo. Só que daí a Secretaria de Saúde foi percebendo que cada vez mais vários clínicos iam dando receita de fluoxetina e as pessoas não vinham no grupo, cada vez mais a Secretaria comprava fluoxetina e não dava conta, sempre faltando. E se deve a mudança a isso, a receita só poderia ser dada no grupo, que seria obrigatória a presença no grupo, os pacientes teriam de ser cadastrados, assinar presença e assim teriam o remédio garantido. E isso logicamente aumentou o meu trabalho, porque daí aumentou o número de grupos aqui, aumentou o número de pacientes nos grupos, alguns pedem consulta individual...

(E7)

Tem outras coisas que estão acontecendo agora, ...uma equipe de saúde mental matricial que esteja disponível a nível de supervisão para esse trabalho de saúde mental acontecer ...[nos] postos de PSF, [que] não tem equipe de saúde mental... Só que a gente está [se] estruturando, porque ...a nossa equipe aqui ainda tem muitas ações individualizadas. É difícil unir a equipe, mas este ano têm acontecido já reuniões para modificar isso. Muitas ações dependem de que esteja a equipe toda envolvida, é uma questão de horário, de condução do trabalho.

(E8)

Nós temos feito reuniões bimensais neste ano com todos os técnicos, enfermeiros e médicos de todos os PSFs. Até porque eles encaminhavam pra cá um caso e ficavam lá, a gente não dava retorno, porque faltava um pouco de tempo, sobre o que estava acontecendo. A gente está fazendo estas reuniões para estudar caso... necessidade maior...de estar vendo mais de perto. E também, para trocas de experiências, porque os PSFs ...estão começando a ter de montar os grupos por causa do Protocolo da Fluoxetina.

(E5)

Vou falar da fluoxetina, é para trabalhar com os médicos, fazer reunião. Primeiro vai ser passado aos pacientes o Protocolo, ...para aceitarem a medicação pelo SUS tem de participarem mensalmente de um grupo: um dia o médico vai falar, outro dia o psicólogo vai falar, outro dia o terapeuta ocupacional vai falar, outro dia o psiquiatra vai falar. Vai se falar em qualidade de vida, atividade física.

...esse grupo a princípio vai ser montado, pq está havendo muita prescrição [de fluoxetina].

Os psicólogos, independente de estarem concordando e/ou se sentirem participando do processo de implantação do Protocolo, que dá margem a variadas compreensões sobre os objetivos e as possibilidades práticas que poderão ser alcançadas, estão cumprindo a determinação.

(E8)

Os psicólogos, pelo que eu saiba nós não participamos dessas reuniões, só os médicos. A gente acaba tendo que, sei lá, se adequar a esse Protocolo, ...uma coisa complicada porque mobilizou muito a gente a ter de trabalhar mais. ... ter que formar mais grupos. A médica medicava e eu atendia individualmente, não pode mais, então tem que estar montando grupos.

(E5)

Eu, particularmente, não recebi nenhuma outra informação além do protocolo. Como vai ser feito o trabalho, ninguém passou para a gente. Vai entrar o [psiquiatra] e eu. A princípio, estou pensando que é um grupo para tirar dúvidas ...sobre qualidade de vida. Provavelmente o primeiro tema será a importância do medicamento, se está tomando é porque precisa, se está se sentindo melhor.

Acho que é o primeiro passo para sua responsabilidade no tratamento. Que está com uma depressão leve e que pode sair disso, e não retornar mais à depressão e que há outros recursos que não remédio. ...O grupo ...da fluoxetina será mais um grupo de informação.

O profissional psicólogo tem de assumir diante da pessoa que participa do grupo que ela precisa do medicamento, pois, afinal, isso foi prescrito pelo médico do Centro de Saúde e/ou PSF e o grupo existe para prescrição de medicamento. Mas como sair do remédio se o grupo é de prescrição de remédio e é obrigatório? Se a pessoa parar de tomar o remédio terá de sair do grupo! É a questão de grupos feitos por agravo, para medicar, quando a pessoa modifica a situação em que foi 'enquadrada' por meio do diagnóstico e/ou do tratamento prescrito.

(E8)

[objetivo] Para dar a medicação e acho que para diminuir o fluxo de pacientes individuais dos médicos, porque na verdade o que estava acontecendo com a fluoxetina, no meu ponto de vista, é que virou tipo tilenol, assim, a queixa: 'não estou bem, estou me sentindo meio chateada', ok, fluoxetina. Virou uma coisa banal.

Além da prescrição banalizada, como na fala acima, ainda levanta-se a dificuldade que vai ampliar para o trabalho dos grupos do Catavento, que atendem a mesma demanda de pessoas com ansiedade de depressão e encontra dificuldades no trabalho exatamente pela alta taxa de medicação. O Protocolo, como algo que vai

dificultar mais ainda o trabalho no Catavento, grupo terapêutico, como vimos (cap.6.2.1 e 10):

(E8)

Eu sou contra isso, até questionei com a minha coordenadora, mas..., Por que eu acho assim, o trabalho que a gente tem de fazer aqui, eu, a terapeuta ocupacional e a médica no Catavento que os grupos para esses casos, ... depressão e ansiedade, né, a gente trabalha justamente a questão da não medicação, que aquilo é temporário, que há outras formas de estar lidando com seus problemas e, simplesmente, agora vem e abre grupo de medicação. ...é muito normal comprometer o trabalho terapêutico que a gente tem pra fazer, por que agora facilita, eles têm um grupo só de medicação!

(E6)

Eu e a terapeuta ocupacional fizemos o primeiro grupo na semana passada. Pelo que entendo nasceu em tentar fazer algo além da medicação, porque só a medicação não muda nada se for tirada, seja quadro depressivo, de ansiedade, de lidar com os problemas. Vejo os dois lados do interesse público, de diminuir os gastos e de oferecer algo mais efetivo.

Se a medicação não muda nada se for tirada, o que será que ela muda quando é utilizada? Acima tivemos o exemplo das mulheres que preferem a fluoxetina a enfrentar a crise conjugal. Mas somente tomam o remédio porque ele foi prescrito!

(E13)

Então o que eu percebo, a fluoxetina está mudando o consumo, a indicação médica, por quê? Porque o médico está tendo de fazer grupos de orientação em relação à fluoxetina. A resistência ao grupo, primeiro, não todos, mas alguns. ...numa das reuniões um psiquiatra indignado disse 'Isso é uma ingerência!', sobre a prática da medicina. E nós estávamos discutindo que na verdade isso não é uma ingerência sobre a prática da medicina, isso é uma forma de trabalhar em conjunto a favor da comunidade, a favor da população, a favor das pessoas. O que nós estamos fazendo! O laboratório quer vender, vender, vender e nós simplesmente aceitamos isso! Temos que aprender a refletir e se temos de brigar, vamos brigar entre nós, a favor da comunidade. À medida que a gente vai ...disseminando essa idéia, isso vai acontecer. Num mês forma-se um grupo, forma-se outro grupo, vamos falando e mudando a prática, daqui a uns anos a população vai ter uma forma diferente de pensar. Aceitar que isso demora, que a gente tem de fazer um trabalho de grupo entre nós, profissionais de saúde, um trabalho de divulgação, um trabalho de comunicação, divulgação é contagiante, e de educação (comunidade e profissionais).

Aqui há uma busca de solução e de trabalho em equipe e muito mais, que os profissionais assumam as questões sócio-políticas que envolvem o trabalho e busquem juntos ultrapassar o estabelecido para que possam efetivamente fazer um trabalho centrado no usuário.

O apoio matricial da equipe de saúde mental para os Centros de Saúde e equipes de PSF e PACS está sendo iniciado como apoio matricial aos médicos para realizarem grupos. Os grupos são de prescrição de medicamento, em situações em que os profissionais da equipe de saúde mental, pelo menos os psicólogos, têm posições diversas

quanto à qualidade do tratamento medicamentoso, como vimos em várias falas, que nos remetem à iatrogenia e, mais, à suspeita de que a medicação para ansiedade e depressão pode embotar a possibilidade de mudança de atitude, para o que os grupos se empenham para realizar.

A intenção é que o apoio matricial e os grupos de medicação funcionem como segue:

(E12)

A princípio nem todos os profissionais [médicos] se sentem, apesar de ter tido capacitação, em condições de iniciar, em função de nunca ter tido um modelo. Então as equipes de saúde mental, geralmente os psicólogos, vão até as equipes e ajudam nesse início. Para estruturar o grupo, ver a proposta, quando eles não podem ir, eu vou, e depois de mais ou menos 3 sessões, que a equipe já se sente em segurança, a gente sai e dá apoio matricial.

É trabalhado apoio, informação sobre o diagnóstico, uso da medicação, outras formas de tratamento que não seja só medicamentosa, p.ex.: o que nesse grupo aqui poderia ser benéfico para reduzir a ansiedade? Então vale brincar, ler um texto, fazer uma dança, um jogo, uma dinâmica, desde que o profissional se sinta capaz e desde que ele não seja exigido de dar uma elaboração mais profunda, mais requintada, que esse não é o objetivo. Quem precisa disso tem que ir pro grupo terapêutico. Quem precisa resolver problema íntimo, tem de resolver alguma coisa que o grupo não está alcançando, esse vai pro grupo terapêutico com a equipe especializada de saúde mental.

Assim, fica a questão diagnóstica: se estes têm problemas mais superficiais que os que estão no grupo terapêutico, o Catavento, por exemplo, porque estão medicados? Qual a diferença diagnóstica e a justificativa para tratamentos diferenciados?

Para que se efetive o trabalho em equipe e se integre internamente uma Regional e com as equipes de PSF, estão sendo iniciadas reuniões de todo o pessoal de uma Regional (nem todas as regionais estão tendo reuniões), com a coordenadora do Núcleo de Apoio Técnico.

(E6)

Uma vez por mês tem uma reunião da equipe matricial, a gente da saúde mental, com os médicos e enfermeiros do PSF e da Regional e a gente discute casos, orienta.

(E6)

A equipe de saúde mental, eu, a [fulana], que é a TO, o [beltrano], o psiquiatra, a [beltrana], médica clínica e a [beltrana], farmacêutica da manhã. A gente se encontra todo mês, discute casos, conversa um pouco sobre as ações. Senta uma hora e meia por mês, os profissionais da manhã.

As equipes, mais ou menos integradas, estão desenvolvendo o trabalho conforme as Diretrizes e dando continuidade ao que já se construiu nestes mais de quinze anos em que o município de Joinville investe em saúde mental.

10.1.5. Atuação do psicólogo – Prevenção

A composição das equipes com dois psicólogos faz parte do projeto inicial das equipes, para que um deles atendesse crianças e o outro, adolescentes e adultos. No ano de 2005 foi modificado o indicativo pelo Núcleo de Apoio Técnico, com uma compreensão de que poderá ampliar as ações em saúde coletiva.

(E6)

O meu trabalho aqui é atender crianças, adultos, adolescentes, a demanda que tiver. Antes era separado, um psicólogo para crianças e outro para adultos, desde que eu entrei, em março, a idéia é que seja unificado, o psicólogo atende a demanda, não tem mais esta diferença.

O acompanhamento do desenvolvimento, da gestação ao final da infância, é um trabalho iniciado em 1990/1 (cap.6), integrado à atenção básica. As equipes de saúde mental foram implantadas com dois psicólogos, um fazendo o acompanhamento do desenvolvimento e o outro o atendimento de adolescentes e adultos. Nesta gestão (2003-2007), o indicativo do Núcleo de Apoio Técnico é de que os dois psicólogos devem atender a toda a demanda, sem separação por faixa etária. Na prática há as duas formas de organização do trabalho.

O Pequeno Príncipe (cap.6.2.1.3) é um trabalho fundamentalmente de prevenção de doenças na infância e de apoio aos pais e às crianças no desenvolvimento emocional. Aqui o destaque é para a qualidade preventiva deste trabalho, que inicialmente era em integração entre as diversas áreas profissionais e hoje é mantido pelos psicólogos e terapeutas ocupacionais, que encaminham ao médico quando necessário.

(E2)

A gente tenta trabalhar na prevenção e na promoção de saúde. ...desde gestante, os bebês, as mães e as crianças, no acompanhamento do desenvolvimento e aprendizagem.

No acompanhamento do desenvolvimento e aprendizagem, a gente faz através do cartão da Heloisa Marinho. É um instrumento que a gente usa para ver o desenvolvimento da criança, de 0 a 6 anos. Através dele a gente olha tudo. É um trabalho preventivo mesmo. A gente vê as questões de manejo e de desenvolvimento (psicóloga e terapeuta ocupacional).

(E6)

As crianças, de 0 a 7 anos, eu e a terapeuta ocupacional fazemos uma avaliação do desenvolvimento, usando a escala R.E.V.I.D.I. (Síntese da Escala Brasileira de Heloisa Marinho). ...a gente dá um retorno para a mãe, encaminha pra fono, pra fazer audiometria, pra neuro, o que a gente achar necessário., a gente encaminha daqui.

(E2)

A gente faz esse trabalho... preventivo, que é de zero a 6 anos e depois de 7 a 12, que é o escolar, aí também atendemos as mães, fazemos um trabalho com as mães, de orientação...

(E6)

A gente marca grupo de orientação aos pais, desde a triagem. ...O que a gente tem visto, a terapeuta ocupacional e eu, é que a maioria dos casos é de orientação aos pais. ...E quando é necessário a gente marca atendimento com as crianças.

(E4)

Eu trabalho com atendimento à criança e orientação à mãe. ... Eu e a terapeuta ocupacional fazemos trabalho de grupo com pais. A gente faz com crianças de 0-5 anos, como a gente tem uma clientela muito gde, o que já percebemos que na orientação a pais, é o estabelecimento de limites, na área comportamental. A gente faz entrevistas de pais, cada um deles traz o conflito e tal, no grupo a gente dá orientação, às vezes uma mãe dá orientação à outra mãe, que já viveu, já passou por essa situação.. Havendo um caso mais grave, a gente faz encaminhamento para atendimento individual.

Todos os psicólogos que trabalham com criança usam como método dar prioridade ao apoio e aconselhamento aos pais (mais mães que pais acompanham os filhos), somente encaminhando crianças para atendimento quando esgotadas as possibilidades de mudança de atitude dos pais.

(E6)

Eu atendo individualmente e tenho um grupo [de crianças]. ...Eu trabalho com jogos e procuro pensar atividade de acordo com os conflitos que estão passando. Para fazer vínculo e ajudar a elaborarem o que acontece com eles. Às vezes eu chamo os pais, em grupo também. Faço orientação, vejo como estão as crianças em casa, como estão na escola. Às vezes os pais se sentem muito culpados, pq a professora chega e fala que seu filho é isso é aquilo e o pai fica acuado. 1:23 / Como se fosse só responsabilidade dos pais, falo para eles que quando a criança está na escola é também responsabilidade da escola.

...muitas vezes a queixa que [os pais trazem] é algo que podem solucionar com as atitudes deles diante aos filhos. Muitos pais hoje estão bem perdidos quanto a como educar os filhos, como dar limites, não conseguem às vezes dar consequência às atitudes dos filhos. Acaba que a criança entende que não tem responsabilidade sobre nada, que pode fazer o que quer. O que a gente tem visto, a terapeuta ocupacional e eu, é que a maioria dos casos é de orientação aos pais. A gente marca grupo de orientação aos pais, desde a triagem. E quando é necessário, a gente marca atendimento com as crianças.

(E6)

Depois dos 7, a demanda de 7 a 12 anos, a gente faz a pré-triagem com os pais ou responsável, e tem de vir com encaminhamento de algum lugar, de algum clínico, da escola.

Há dificuldades para as equipes atenderem toda a área de abrangência, como já ficou evidenciado anteriormente com os adultos. A área é muito extensa e populosa.

(E6)

[acolhimento e acompanhamento de desenvolvimento nas UBS] Duas vezes por mês eu e a terapeuta ocupacional fazemos, porque é muito longe, e o pessoal de lá é bem carente e tem dificuldade de vir para cá. ...[UBS] Lá a gente pode fazer o trabalho de acolhimento, orientações e encaminhamentos, de 0 a 13 anos.

A relação com as escolas se dá de maneiras diversas, um psicólogo chama as orientadoras educacionais para conversar sobre as crianças, duas vezes por ano, mas diz que precisa fazer mais isso. A relação com o Núcleo de Apoio Pedagógico segue como indicam as Diretrizes de Referência (Anexo 4 e cap.6.2); tanto eles encaminham para a equipe de saúde mental como a equipe encaminha para o NAPE, não sendo questão das equipes o auxílio à aprendizagem propriamente dita. Ainda, há uma experiência que pode ser olhada mais de perto.

(E5)

[Grupos] de criança... Já havia quando entrei, estou dando continuidade ao trabalho da outra psicóloga. São crianças com dificuldades escolares, as escolas que encaminharam. A gente trabalha com jogos, com leituras, mais direcionado para terapeuta ocupacional, outras vezes para a parte mais lúdica.

Um grupo com pais em uma escola, a cada 15 dias, às vezes sou eu que coordeno o grupo, às vezes o Dr. [psiquiatra], às vezes a [TO].

Esta experiência em acompanhamento do desenvolvimento no SUS em Joinville merece atenção especial, como todo trabalho que pode atender a uma das metas do SUS, diminuir o adoecimento pela prevenção, como fica claro na fala do psicólogo, abaixo:

(E9)

Como nos primeiros anos de vida o pai e a mãe lidam com a criança pode ajudar na profilaxia da saúde mental. Acho que isso é que tem de ser a atuação do psicólogo e não ficar dando consultinha anos e anos a fio.

Portanto, separamos o atendimento às crianças como a categoria sobre prevenção em saúde na atenção básica, que é um trabalho estruturado, com uma experiência acumulada e carrega uma semente para o planejamento de trabalhos de promoção de saúde integrados com a rede escolar (cap.6.2.1.3).

Enfocando a atuação do psicólogo, destacamos o que de mais significativo foi compreendido das entrevistas, não sem dificuldade, para separar nas categorias: recebendo a demanda, trabalho com grupos, apoio matricial e prevenção.

Alguns trabalhos ainda hoje realizados têm muitos anos, como o acompanhamento do desenvolvimento, o Pequeno Príncipe, como os grupos terapêuticos para pessoas com ansiedade e depressão, o Catavento. A integração com a rede de saúde mental está em implantação, para cumprir o indicativo da política de saúde mental de

integrar as pessoas com transtornos psíquicos graves à atenção básica, por meio destas equipes.

10.2. Perspectivas do psicólogo para o trabalho e a formação

Os psicólogos entrevistados contaram um pouco sobre sua graduação e a área de saúde pública e como pensam que poderiam os novos currículos formar pessoas para trabalhar no SUS, especialmente nos serviços de saúde. Alguns são professores universitários também e estão vivenciando a mudança curricular.

Foi pensado subdividir esta categoria, entre o que tiveram na graduação e o que acham que deve ser modificado, mas optou-se por não fazê-lo, como já foi dito, para não incorrer em erro de fragmentar o discurso para objetivar resultados.

As lembranças sobre a formação trazem o pouco que se aprendeu sobre políticas públicas, populações, organização social, comunidades, instituições...

(E10)

A gente não é nada preparada para atuar numa instituição, para integrar, fazer uma leitura do social, pra poder traduzir alguma coisa, construir alguma coisa...

... não sei agora, mas ...o enfoque era muito clínica tradicional, relação terapeuta-paciente, intrapessoal.

(E4)

Deveria abranger mais políticas públicas mesmo, sociais, de saúde. A gente fica muito na teoria, agora já mudou, na minha época era muito para consultório particular, formava psicólogo clínico para a elite. Hoje já mudou muito, pelo que converso com as pessoas, cada vez mais está se voltando para as políticas públicas, para trabalhar para toda a população.

E a síntese abaixo mostra como muitas vezes o profissional se apresenta no cotidiano de trabalho, resultante de sua formação.

(E9)

...tem uma parte dos profissionais que quer psicologia clínica. A psicologia clínica que está na idéia deles e que também está na postura das universidades, é aquela psicologia de divã, é isso que acontece. E todo mundo fica fechado nisso, então, às vezes, em vez de ter a Lei 10216 em baixo do braço tem as obras completas do Freud ou sei lá o que. E isso no serviço público é inadmissível. O psicólogo no serviço público tem de estudar como é o impacto do saneamento básico pra saúde das pessoas...

Falam de como a escola reflete a prática e a prática reflete a escola. Esta formação ‘para o consultório de elite’, centrada na relação entre terapeuta e cliente sobre um mundo intrapsíquico, pode ser a mesma que idealiza um ser ‘ideal’ que o profissional irá encontrar em seu trabalho, como segue.

(E10)

... Você faz a faculdade e tem formação com um foco de que a pessoa está ultra a fim de se trabalhar, ela quer se ver, não é bem assim, as pessoas às vezes vêm com uma coisa emergencial, precisando lidar com aquele conflito de uma forma mais apropriada...

E mais, de como a escola pode até forjar este mundo ideal com clientes ideais, como na colocação abaixo.

(E5)

Não tive nada de saúde pública. Isso é um erro de formação. Tem a realidade da saúde pública, a realidade de um hospital particular, de um hospital público. É muito diferente a formação da realidade. ...Eu estava comentando com a supervisora.

Eu estou fazendo o atendimento a partir da realidade, atendo a criança a cada 15 dias. Na faculdade atendia a criança uma ou duas vezes por semana. Na nossa formação é diferenciada, na rede pública atendo a cada 3 semanas, uma vez por mês. Isso eu acho complicado, na faculdade se atende pessoas de baixa renda, mas é diferente.

...[serviço-escola] Não corresponde ao SUS, não tem ligação. É bem complicado, bem triste.

É clara a desconexão sentida entre o que se aprende e se pratica na formação com a realidade social e de políticas públicas, o que mostra um desconhecimento teórico e prático da própria sociedade, indício que aparece em várias falas. Tal situação pode gerar insatisfação e indicar uma possibilidade de ações para mudança.

(E5)

Por exemplo, uma criança jogando bola perto de esgoto a céu aberto. Isso não é minha função? É do agente comunitário. Mas minha função não é só ser psicóloga! É também social, é função de todo mundo! Eu faço isso e o outro faz o quê? Ta na hora de juntar! Antes de ser psicóloga eu sou cidadã, e a gente tem de colocar nossa ciência a favor da cidadania! Só que mais uma vez entra que aquilo lá não é minha função, que minha função é conversar com ela, ver o que eu posso fazer pra ajudar ela. Mas às vezes eu podia estar ajudando de outro jeito, mas o psicólogo não pode fazer mais do que isso! Por exemplo, todo mundo está com pedra na vesícula, porque eu devo fazer orientação pré-operatória se eu deveria estar vendo como não ter pedra na vesícula!

Está posto o conflito: entre a função aprendida do que é ser psicólogo e a função exigida pela instituição. Em uma primeira leitura, poderia se pensar que o que este entrevistado coloca é exatamente o que o SUS quer, que os profissionais rompam com

este padrão apreendido de esperar a demanda e busquem trabalhar com prevenção e promoção de saúde. Aqui a fala é sobre a própria prática e um SUS real também, sentimento que mostra uma prática de fato.

Estes profissionais, quando buscam na memória como foram formados pela escola de graduação, possivelmente trazem à tona a desconexão entre projeto político-pedagógico, equipes de trabalho, professores em sala de aula, refletindo posições de pequenos grupos e até isoladas de alguns professores, que acabam por dar a sensação de fragmentação do aprendizado (cap.8.4) e de um caminho unilateral.

(E1)

Cada faculdade tem uma linha de pensamento, que ensina tudo, mas tem uma linha.

(E13)

[Psicologia Social e Comunitária], ...comecei a acompanhar a professora em projetos extra-curriculares. Fiz um trabalho com ela no Posto, com crianças de pré-escola, social comunitária dentro da Educação. ...estudava com ela toda a perspectiva sócio-histórica, muito lentamente, até aprender a pensar daquele jeito foi bem difícil, porque o modelo da faculdade era bem psicanalítica, como a maioria.

(E10)

Acho que da formação foi essa visão social, essa visão sistêmica, essa leitura mais ampla das relações sociais... Na faculdade eu tive uma professora com essa abordagem.

(E6)

Eu tive professores que falavam sobre saúde mental, ...alguns professores falavam do movimento antimanicomial. Não fazia parte do currículo. A gente questionava sobre saúde coletiva, saúde mental. O que tinha de saúde mental era voltado para a área da psiquiatria, foram 3 semestres, um era psicopatologia, psicofarmacologia, e mais 3 ou 4 cadeiras voltadas para a área da psiquiatria.

E podemos também destacar o que acham mais importante de sua formação para o trabalho no SUS.

(E11)

Na minha formação acho que foi interessante psicopatologia, estágio no hospital psiquiátrico. ...Muita coisa eu não tive, na época a gente não falava no SUS. [formação anterior ao SUS] ...Algumas coisas ficaram faltando.

(E9)

Eu tive 600 horas de estágio em psicologia clínica: posto de Saúde, trabalhos junto à comunidade, pesquisa, trabalho com gestantes, o mediador eram os locais públicos. Isso faz uma diferença muito grande. ...Era convênio da Universidade. Isso é que pode ajudar mais na questão da formação. Os serviços, é óbvio, têm de estar abertos e os centros formadores também.

As experiências são diversas e importantes, estágio no SUS, psicopatologia, dinâmica de grupo... com uma visão crítica, na prática como professor, no contexto da mudança curricular.

(E13)

Ele [o estudante universitário] tem de entender que o modelo tradicional médico é importante sim.... Então, o trabalho é: conhecer a comunidade, conhecer as instituições, estar vendo, ouvindo as pessoas. Acho que desde o primeiro ano, num curso de psicologia, o aluno tem de ter contato com isso. Ele tem de aprender, conhecer como é a vida cotidiana.

... Me parece que os cursos de psicologia, não sei no sudeste, mas no sul do país tem um modelo médico, tradicional, é culpa, é doença, modelo clínico de atendimento.

... eu e alguns colegas, a gente tem tentado transmitir pros alunos todo um pensamento crítico. ...ensinando o aluno a pensar.

...estágio curricular supervisionado é uma nova disciplina, dentro das novas diretrizes do MEC, que é iniciação científica, eles têm de sair da sala de aula, eles têm de conhecer. Não importa se é no corredor do hospital, se é no ponto de ônibus lááá do rio Pinheiros, não importa se é na salinha 2x2, no Centro Social Urbano, ...não importa. Têm de conhecer aonde as pessoas circulam. Acho que a graduação, a academia, ela tem de promover isso.

O psicólogo acima fala de formação crítica, da importância da observação de como funcionam as instituições e como as pessoas vivem. Acrescenta a necessidade de conhecer para poder concordar ou discordar, construir com os colegas. Ele coloca que a formação precisa preparar um profissional com capacidade de distinguir entre formas de pensar que definem a prática, o seu sentido.

Estamos sobre o fio da navalha, em que se pode confundir formar para a saúde pública – desejo geral entre os entrevistados, o que era de se esperar, pois atuam no serviço público – como sendo uma perspectiva humanista *per si*. Um curso pode ensinar o aluno a atuar no serviço público com uma visão humanista ou uma visão biomédica. Seguem alguns métodos e técnicas considerados importantes.

(E13)

...tem [o estudante de Psicologia] de estudar tudo aquilo que o médico lá em saúde mental conhece, tem que estudar, tem que conhecer pra saber o que a criatura tá lá falando. Tem que conhecer psicopatologia, tem que conhecer psicofarmacologia. Não é conhecer profundamente, não é isso, mas tem que dominar essa área, pra poder estar conversando e entendendo o que os colegas estão dizendo, senão vamos continuar ilhados.

(E9)

Eu acho que precisa integração do serviço público com as universidades, com os centros formadores. Acho que é fundamental.

(E6)

...a formação tinha que explorar e trazer no SUS e vivenciar a saúde pública, saúde coletiva, saúde mental coletiva, falar das políticas.

(E3)

Além da história italiana, temos a vivência da reforma psiquiátrica no Brasil. Isso deveria ser mais enfatizado nos cursos de formação.

Um módulo de psicoterapia breve, psicoterapia comunitária, psicoterapia grupal... Criar uma disciplina, uma área específica, com uma carga horária não muito pequena, para explorar durante todos os anos da formação a questão de grupos, de psicoterapia breve. A psicologia é uma coisa muito ampla, as linhas, isso pode dificultar, mas você pode estar trabalhando em qualquer linha que seja o posicionamento da instituição formadora, você pode estar trabalhando o conceito de grupo, conceito de psicoterapia breve, comunitária. Eu acho que a gente forma ainda muito para consultório. E formar também mais para os problemas do cotidiano, para o estresse, a depressão. A questão do transtorno mental mesmo também não é tão enfocada no curso de psicologia. Poderia ter outro jeito, de CID-10, DSM-IV.

(E11)

Acho que o principal é terapia breve, independente da linha que a pessoa siga. Um trabalho focal, ...o terapeuta tem de ser mais ativo do que o próprio cliente, ele tem de seguir um foco, um objetivo que ele [terapeuta] quer alcançar. ...A pessoa pode trabalhar com terapia breve psicanalítica, mas a gente sabe que tem algumas linhas que tem mais a ver com terapia breve, a terapia comportamental cognitiva, a sistêmica. ...Eu acho que isso é uma das coisas mais importantes, vamos dizer assim, filosofia da terapia breve, a estratégia, quais são os princípios da terapia breve.

...porque o Ministério da Saúde coloca que a prioridade é família, eu acho que é a terapia sistêmica. Se com o passar do tempo vão aumentando os problemas de saúde da família e a gente vai acompanhar colegas que trabalham no PSF, dar assessoria, supervisão, acho que teríamos de ter mais conhecimento de terapia sistêmica ou pelo menos terapia familiar, pode ser, terapia familiar psicanalítica, cognitiva, mas que os profissionais que estejam se formando tenham uma visão melhor sobre a família, sobre o sistema, sobre o casal.

Deve ser focada na formação também a psicologia social, para lidar com catástrofes, o que pode acontecer, temas complicados, como p.ex., violência, delinquência, abuso de drogas, coisas que é preciso conhecer melhor para trabalhar com saúde pública.

(E6)

Acho que precisava ter mais instrumentais para lidar... concretamente com situações. ... poder fazer um com outro, de usar jogos, fazer psicodrama, que acho um instrumental rico que traz muitas possibilidades.

E também dando os instrumentos teóricos e práticos e desenvolvendo a capacidade crítica dos alunos para que façam suas escolhas conscientemente e possam utilizar os recursos que maior retorno possa trazer às pessoas.

(E9)

Eu acho que teoria marxista, questão do capital, da economia política. Eu acho que deveria ter também cadeira para despertar nas pessoas criatividade.

Entre a prática e o teórico, o desenvolvimento do raciocínio, os conteúdos que possam ajudar na compreensão do sistema em que vivemos: “O capital não é uma categoria abstrata, é um operador semiótico a serviço de formações sociais determinadas. Sua função é de assumir o registro, a regulação, a sobrecodificação das formações de poderes próprios às sociedades industriais desenvolvidas, das relações de força e dos fluxos relativos ao conjunto das potências econômicas do planeta (Guattari, 1977/81: 191)”.

E uma visão da mudança curricular em um contexto da área de saúde, como propõe a política de educação na saúde:

(E6)

Todas as áreas, não só as de saúde, tudo está interligado. Então não adianta você fazer uma faculdade de psicologia voltada para o serviço público e fazer a faculdade de medicina voltada para a clínica privada. ...Tem de ser todos [os cursos] voltados para o serviço público, pois todos têm o direito ao acesso, todos merecem um atendimento digno.

Há perspectivas isoladas entre os profissionais para ampliação do trabalho para além da demanda, que já é muito maior do que podem atender, como vimos. Planejar um trabalho em promoção de saúde, propriamente dita, sem intervenção clínica, poderia ampliar a autonomia das pessoas e, teoricamente se elas passassem a depender menos dos serviços de saúde, a demanda diminuiria. Um caminho ao inverso do que se supõe ocorra, quanto mais as pessoas são medicadas, parece que mais e mais pessoas necessitam de remédios (caps. 3, 4, 5 e 10). Vejamos algumas perspectivas dos psicólogos:

(E6)

Eu acho que o problema aqui é fundamento. Em saúde mental ou alguma coisa que podemos chamar. Saúde mental pra mim tem uma identidade. (silêncio). Eu vou falar um pouco baseado na visita que fiz a Campinas. Eu acho que falta uma luta grande minha, talvez no grupo com psicóticos, de não ter, p.ex., um lugar, uma rede que acolha eles no trabalho. Aqui tem a Reparte, que é uma associação, ela está engatinhando ainda. Bom, eles fazem coisas lindas e as pessoas querem comprar porque é bonito. Por que às vezes acontece que as coisas são mais ou menos e as pessoas vão comprar, não sei se por pena, para ajudar. ...Eu acho que todos podem fazer coisas lindas, que os outros tenham vontade de comprar. Não sei como operacionalizar.

Agora me veio falar do Centro de Convivência. Além de entrar a parte da reabilitação social tb entra a parte de promoção de saúde, que não precisaria ser necessariamente fechada, poderia ser aberto para várias atividades para pessoas que não estão em tratamento nenhum

Falar em promoção de saúde é pensar antes de existir uma doença, antes de existir algum problema, é pensar em qualidade de vida. Proporcionar um estilo de vida saudável para as pessoas. Então, p.ex., aonde que aqui em Joinville tem um lugar bacana pra caminhar, bonito, não tem, que eu conheça. ...Ter lugares, praças que possibilitem às pessoas se encontrarem, jogar, conversar.

Uma coisa bacana é que lá em Campinas e que não tem aqui ainda é que lá os CAPS são 24 horas, CAPS III. São 8 ou 10, evita internação em hospital psiquiátrico, mais perto da comunidade. Eu nunca tinha visto antes.

Aparecem juntas a preocupação com a reabilitação psicossocial e com a vida cotidiana de todos, mostrando a necessidade de integrar as ações, pois na vida cotidiana não há um limite entre o que é físico, psíquico ou cultural e a falamos de como as intervenções poderiam ser promotoras de saúde em vez de simplesmente curativas e fragmentadas.

(E10)

Não sei, promoção de saúde como ...o Ministério, eu acho que não, a gente fica ...dando conta de uma demanda que tá batendo na porta. O problema é a pressão que a gente tem, you têm uma pressão diária de dar conta de casos.

E volto a uma fala já transcrita:

(E13)

...como mulheres estão tomando medicação para agüentarem lidar com seus maridos que são alcoolistas, que são violentos, que são intransigentes, mulherengos como elas dizem”...

Tem de se trabalhar e se trazer os homens, mas isso é projeto futuro, fazer grupo de apoio com casais. Trabalhar as dificuldades que fazem o homem ser assim, claro que tem a coisa da cultura, o que é coisa de homem, o que é coisa de mulher, mas a gente pode estar intervindo.

Pela importância dada ao grupo familiar e não somente à vítima da violência, como se o agressor não fizesse parte do processo, em um exemplo dos mais comuns, fazendo uso abusivo de álcool. São situações que envolvem direitos humanos, condições culturais de opressão da mulher e afirmação masculina no álcool, condições sócio-econômicas que podem se agravar pelo consumo de álcool, enfim, um exemplo de como além de trabalhos terapêuticos intrafamiliares é preciso a efetivação de trabalhos que interessem às comunidades que vivem em situação de risco e nas quais se pode fazer intervenções que interessem à comunidade, com o objetivo de mudar atitudes e melhorar seu cotidiano e certamente sua saúde.

São tantas as atribuições que podem ser dadas à atenção básica, como esta que vê como integrada à rede de saúde mental:

(E3)

Quando a gente encaminha do serviço de referência, como o nosso aqui, do CAPS, para acompanhamento da atenção básica, a gente está pensando basicamente em vigilância à saúde. Esta pessoa estava em um foco de atenção diferenciado. Ela estava em uma referência, onde precisava de um atendimento mais intensivo, de um atendimento multidisciplinar. Existia uma demanda muito grande, dentro dos sintomas ou do quadro instalado desse usuário, dessa pessoa. A partir do momento em que dá uma estabilizada nesse quadro, a gente começa a tirar ele dessa crise, dessa demanda mais acentuada, eu percebo que é um usuário que está pronto para conviver na sua comunidade, no seu posto de saúde, tratando a sua enxaqueca, sei lá, uma gripe, mas também tendo a atenção em saúde mental nessa atenção básica.

Nesse momento seria mais a atenção básica estaria fazendo uma vigilância à saúde, à saúde integral, incluindo a saúde mental. Por isso eu acho que o psicólogo teria de ter esse olhar mais apurado, a questão mesmo de estar dando mais qualidade de vida, oferecendo a essa pessoa outros dispositivos de saúde, que ela vai estar usando no próprio bairro em que mora, no posto de saúde, participando de outros tipos de grupos nesse bairro. Talvez vai estar desmistificando essa coisa da doença mental, na medida em que vai estar inserindo aquele portador de doença mental nas ações de saúde integral daquele posto. Mas para mim a questão crucial é estar fazendo a vigilância à saúde. Sinalizando em alguns momentos se essa pessoa precisa retornar a esta referência ou não. Tem de estar fazendo esta ponte, é um trabalho de referência e contra-referência, é um trabalho complementar.

Mas há diferenças que são epistemológicas e que modificam e muito a postura de cada profissional, como segue:

(E11)

Acredito que a gente, como psicólogo, tem de estar apoiando a equipe, conflitos que tem na equipe, de relacionamento, não necessariamente eu lidar com coisas daqui, no meu local de trabalho, mas de repente em outros locais de trabalho, onde não se está diariamente. Assessoria, supervisão a casos mais graves, o Ministério da Saúde coloca isso, que a gente vai ter de estar saindo cada vez mais desse padrão de consulta, fechado na sala, para estar trabalhando junto, dando assessoria, supervisão para colegas, por exemplo do PSF. Orientar como vão abordar um paciente numa visita domiciliar...

Acho que o principal é o trabalho da agente comunitária de saúde, ela tem a micro-área que ela visita todas as casas, ela sabe se ali tem um usuário de drogas, se tem um marido violento, se tem uma pessoa com depressão grave, ela conhece.

Até já coloquei pras enfermeiras que seria interessante dar palestras para eles, sobre depressão, sobre ansiedade, sobre transtornos mentais e de comportamento, Primeiro a gente tem de qualificar eles, assim eles vão poder identificar e trazer. Acho que assim é que a gente vai conseguir identificar esses pacientes graves e a gente vai ver quais recursos que tem naquela comunidade, se tem cursos praquela pessoa que está muito deprimida, ir lá na igreja e participar de um grupo de mães ou se tem na escola um espaço pros adolescentes irem fora do horário de aula, pra não ficar na rua. Então tem de planejar com a equipe que conhece bem o bairro, as agentes de saúde, o pessoal que tá lá no PSF, planejar uma estratégia como lidar com aquele caso grave. Por que senão vai acontecer o seguinte: a gente vai atender quem chegar ao consultório, mas não vai conseguir atender aqueles que estão mais graves. Acho que a gente tem de fazer um pouco de cada, continuar com o atendimento em

consultório, mas também sair mais do consultório, trabalhando em equipe, planejando estratégias, eu acho que assim a gente vai chegando num ideal.

E9

A gente começa do básico para o complexo, do básico para a alta complexidade. Só que daí, nessa história toda acho ficou uma lacuna, entre a referência e a atenção básica. Então, hoje, a gente está tentando resgatar este vínculo e essa integração com a atenção básica. O nosso trabalho hoje é feito nesse sentido, nesse movimento, porque a gente não sabe o que a atenção básica está fazendo e a atenção básica não sabe o que a gente está fazendo.

...A gente pode pensar no efeito cascata. Tem psicólogo numa regional de saúde que tem ao seu redor 10 postos de saúde. Nada impede que ele faça um trabalho com os profissionais de saúde. Não precisa ter 4500 pessoas sob sua responsabilidade. Mas ele pode estar capacitando melhor estes profissionais, ele pode estar instrumentalizando melhor estes profissionais. Por exemplo, para lidar com uma pessoa que chega ao consultório com ansiedade, em vez de ele receitar diazepam, quem sabe se ele não junta com mais 20 que chegam, ele não marca um horário da semana e coordena um relaxamento. O psicólogo pode ensinar, você pode fazer assim, assado, aprender respiração, prestar atenção... eu acho que ele pode fazer este papel, não é uma coisa assim monstruosa. O impacto, acho que vai ser grande, e não vai exigir dele trabalhar 24 horas por dia.

E9

A gente tem trabalhado, ainda está meio devagar, mas no ano passado a gente trabalhou bastante, junto aos conselhos de segurança, em todos os bairros.

Um conselho que envolve uma região, formado por associação de moradores, conselho local de saúde, escolas comerciantes, polícia civil polícia militar. Eles discutem os problemas de segurança dos locais e buscam soluções. O que a gente faz, eu participei para contribuir, porque todo mundo fala: “o problema é a droga, o problema é a droga”. A gente tem de [colocar] isso de outra forma. E essa contribuição provoca. Esse acréscimo que a gente pode estar levando, ele vai provocar mudança de postura das pessoas e as estratégias que a própria população vai estar elaborando para a sua situação.

A importância da participação política na comunidade e do debate com a categoria, lembrando que este é o ano da saúde no Sistema Conselhos de Psicologia e na Associação Brasileira de Psicologia.

(E13)

O profissional já de posse do seu registro, acho que precisa se encontrar, trabalhar junto, enquanto categoria, aí facilitando encontros, momentos de discussão, de apresentação de experiências, desde eventos pequenos até eventos maiores, acho que a gente tem de fazer mais isso.

E a troca entre os profissionais que trabalham juntos.

(E13)

Acho que tem de ter grupos de encontro, grupos de discussão. Se tiver de brigar, vamos, acho que é assim mesmo. É preciso se fundamentar, tem de participar, tem de vir com boa vontade, admitir que não sabe diante de um colega de outra área que sabe mais, me ajude aqui, não estou sabendo o que fazer. Os profissionais da saúde

têm que se encontrar, tem que se reunir. Os profissionais da saúde precisam discutir juntos, a serviço da promoção da saúde. ...Acho que é preciso esta abertura, estar junto, aceitando o outro, que em outro lugar ele domina mais que a psicologia, que tem um modelo que é tradicional...

E finalizando com uma fala que coloca a Psicologia em um trabalho interdisciplinar para um SUS que queremos.

(E9)

Todo mundo participa, os funcionários, os profissionais de saúde, todo mundo participa, faz as coisas junto com os usuários.

A gente é suspeito para falar, mas a psicologia é tão importante tão importante para a atenção básica, mas não com a postura do psicólogo tradicional, mas com a postura do psicólogo que está lá para contribuir mesmo.

Quando a gente começa a lidar não com o problema, mas com o conjunto do que se tem de saudável, o que tem de legal. Isso pode ser feito em qualquer lugar!

Nós temos um número muito grande de pessoas que vão no médico, mas elas não querem consulta médica, elas querem um espaço para falar. Quando a gente briga pros médicos fazerem grupo, que o grupo é terapêutico, mesmo que não tenha formação suficiente, o psicólogo tem de dar suporte. A gente tem essa capacidade, de estar buscando outras formas de trabalhar saúde.

A gente costuma falar que aqui a gente não faz tratamento, a gente constrói saúde. E isso acho que faz a diferença.

11. Considerações finais

Este estudo não partiu de uma hipótese, mas de um contexto no SUS, o trabalho do psicólogo na atenção básica, em um momento histórico: a mudança curricular e a política de educação na saúde. O campo de pesquisa, Joinville, mostrou-se complexo, como é a saúde e especificamente o campo 'psi', intrínseco a ela. Assim, o objeto de pesquisa, 'as entrevistas dos psicólogos', possibilitou perceber a produção de sentido do conhecimento comunicado sobre sua prática profissional.

O que se pretendeu foi compreender como o psicólogo nesse contexto, com seu conhecimento, da formação e da experiência profissional, junto a suas especificidades como indivíduo, lida com o cotidiano de trabalho e quais são suas perspectivas para o SUS e a formação em Psicologia.

Este trabalho de alguma maneira, mesmo que ínfima, interferiu no cotidiano, estimulou os entrevistados a pensar sua prática e chamou a atenção, dos profissionais que tomaram conhecimento da pesquisa, para o campo 'psi' na atenção básica em Joinville.

Desde que foi criada a Secretaria Municipal de Saúde, ao final dos anos 1980, foram contratados psicólogos e outros profissionais para cuidar dos transtornos psíquicos graves, como se referem às pessoas que buscam tratamento na rede de saúde mental. Nos anos 1990 foi montado o Centro de Atenção Diária e mais adiante a Unidade de Atendimento em Dependência Química - UADQ, que estão adequados aos modelos CAPSII e CAPSad, respectivamente, e criadas equipes de saúde mental nas regionais de saúde, iniciando uma rede de saúde mental não manicomial.

As Diretrizes de Referência de Joinville para as equipes de saúde mental na atenção básica, mesmo sem uma sistematização do texto e devida revisão, definem que devem atender (para acompanhamento e monitoramento) os doentes mentais, acometidos de transtornos leves e graves. A prioridade é para os pacientes em situação mais grave, encaminhados dos serviços de saúde mental, justificando que deve ser conforme indica o Ministério da Saúde, do mais grave para o menos grave.

Devem ser atendidos somente pacientes referenciados, cujo procedimento é fazer o acolhimento individualmente ou em grupo para serem ouvidas as queixas sumárias e

recebido o encaminhamento referenciador. A triagem, passo seguinte, é para formulação diagnóstica com definição de projeto terapêutico, contrato e/ou encaminhamento. Isto está em processo de padronização.

A demanda que estas equipes de saúde mental localizadas nas regionais deve atender é dos serviços de saúde mental, para acompanhamento e vigilância sobre as pessoas (e familiares) diagnosticadas como esquizofrênicos e psicóticos. E também os encaminhamentos do Núcleo de Atenção Integral a Pacientes Especiais – NAIPE e do Núcleo de Apoio Pedagógico – NAPE. Estes também vêm diagnosticados, pois somente devem encaminhar às equipes de saúde mental quando for definido que não é problema de aprendizagem ou de alguma das síndromes citadas.

A equipe de saúde mental é fragmentada e ao psiquiatra é atribuída a autoridade absoluta para diagnosticar e utilizar seu recurso de tratamento prioritário, o medicamento, sem qualquer troca com seus colegas. Os médicos das unidades básicas de saúde, PSF ou não (PSF cobre pouco mais de 30%), por seu lado, têm também a mesma autoridade de diagnosticar e prescrever medicamentos para doentes mentais com transtornos que classificar de leves e deve encaminhar ao psiquiatra ou outros serviços conforme julgar necessário os portadores de transtornos graves ou agudos. A equipe de saúde mental deve dar apoio matricial para que estes médicos façam grupos de prescrição de remédios. Entenda-se que autoridade de que falo é o serviço estar centrado no trabalho individualizado de cada profissional e não ser em equipe. Certamente qualquer dos profissionais de nível superior tem autonomia normativa de seus respectivos conselhos profissionais para realizar seu trabalho individualmente, fazer diagnóstico e prescrever tratamento, segundo os conteúdos teórico-técnicos de sua profissão e a ética profissional.

Pelas Diretrizes, o psiquiatra da regional deve atender as situações de risco: pacientes egressos de hospitais, portadores de transtornos severos e persistentes, casos de violência intrafamiliar, situação de exclusão social e tentativas de suicídio. Deve deixar para acompanhamento do clínico os casos menos graves e crônicos compensados. Entre suas atribuições estão também a supervisão das equipes das unidades básicas de saúde, de saúde da família e agentes comunitários, junto com o psicólogo, e grupos com pacientes crônicos três vezes por mês, pois uma vez por mês é com os familiares sem os pacientes, junto com o psicólogo e terapeuta ocupacional.

Enfim, esse resumo de parte das Diretrizes de Referência (Anexo 4) descreve como esses procedimentos são burocráticos e rotulam as pessoas com diagnósticos,

jargão reducionista e as medicam quase todas. O psicólogo recebe estas pessoas, demanda encaminhada pelos serviços de saúde mental de média e alta complexidade, pelo psiquiatra, pelo médico das unidades de saúde e PSF e pelos serviços de apoio pedagógico.

O diagnóstico define, antes de a pessoa chegar ao psicólogo, que ela é portadora de um transtorno psíquico e aos psicólogos, diante de uma pessoa portadora de um diagnóstico, com nome e tratamento definidos, no mais das vezes, resta uma função acessória e de adesão ao modelo biomédico implantado. Não há espaço para desenvolver efetivamente uma psicologia humanista (cap.5.3). A pessoa e os profissionais são parte do complexo de iatrogenia social em um domínio da biopolítica (cap.3)

Não há como chamar esse grupo de profissionais de ‘equipe’. Uma equipe, entre outras coisas, necessita de relações entre iguais (ou clareza de papéis se houver uma hierarquia, que não seria o caso), troca interdisciplinar, questionamento epistemológico e tempo para efetivamente haver troca. Outra questão muito forte é o nome ‘equipe de saúde mental’, que está tanto na política de saúde mental como na Portaria GM nº1065/05, da Secretaria de Atenção Básica/MS. Parece que andou para trás, avançou-se para atenção psicossocial nos serviços substitutivos ao manicômio e retrocedeu-se para saúde mental na atenção básica. Saúde mental é um conceito que nasceu para designar o louco, um nome mais ameno, para um tratamento aparentemente mais ameno, mas também de pouca resolubilidade. Passou-se a chamar de doente mental aqueles que podem ser classificados por seus sintomas pelo DSM IV.

Não podemos separar soma, psique e meio ambiente, mas acabamos tendo de ser redundantes para não deixar dúvidas, chamando a saúde de saúde integral, para separar de saúde fragmentada, do modelo biomédico. Assim, saúde mental, ao meu ver, é parte do modelo biomédico de fragmentação por sintomas e pela segregação e domínio dos corpos (soma, psique e ambiente).

Campo ‘psi’ é uma expressão usada por alguns humanistas para designar o corpo de conhecimentos da psicologia e das ciências humanas, em geral, e da psiquiatria e da neurologia, quando não fragmentárias, que tenham o interesse em conhecer e minimizar o sofrimento humano sem coerção e compreendam a unicidade do ser.

O campo ‘psi’, como prática de intervenção de profissionais, é carregado de afeto, psicanaliticamente falando, não há como separar pessoa de sofrimento e tensão energética,

esquizofrenia é dissociar pessoas e doenças. E como diz Laing, o profissional está autorizado socialmente e a pessoa que sofre está desqualificada; portanto, o diagnóstico e a dependência do sistema que cuida está determinado antes de a pessoa chegar a pedir ajuda.

Independente das condições das pessoas com quem se esteja fazendo uma intervenção clínica ou social/comunitária, uma compreensão humanista não deve rotular por meio de diagnóstico, pois estes podem estancar ou dificultar a possibilidade de processo terapêutico, a tomada de consciência, o mesmo ocorrendo com as drogas usadas de maneira generalizada, que embotam a possibilidade de troca de afeto e compreensão de seu entorno, de seu prazer, do cotidiano em geral.

A Psicologia não é só uma profissão técnica e a diversidade teórica e de lócus possíveis parecem-me seu verdadeiro valor. Compreendo que há uma tentativa de alguns estudiosos de reduzir a Psicologia a manuais de aplicação e assim os modelos comportamentais adaptativos, quanto mais reacionário o panorama da formação e da sociedade, mais corpo tomam. Ao mesmo tempo, o campo 'psi' extrapola a profissão, não há como limitar, restringir, tornar exclusiva uma intervenção sem instrumento, que lida com a comunicação entre pessoas. Ao meu ver, isso é muito bom.

As linhas de pensamento estão muitas vezes descaracterizadas, servindo como método de trabalho, na mão de pessoas alienadas da episteme a quem estão servindo. É possível levantar uma hipótese de que a linha de pensamento não é o fator desagregador da prática em Psicologia, este seria uma questão bem mais sutil e *per si* insolúvel, a liberdade de pensamento humana e a diversidade de caminhos possíveis. Porém, uma universidade que se proponha a dedicar-se ao desenvolvimento do pensamento e construção de conhecimento com os estudantes, precisa incentivar a pensar. Pensar não é acúmulo de leituras desconexas, manuais de soluções para variadas situações que possam se apresentar. Pensar é juntar duas coisas e chegar em uma terceira, nova, pois novo não é o que nunca foi pensado, isso não existe, novo é o que cada um descobre ao pensar. Uma vez, aos cinco anos, ao entrar no ônibus, meu filho disse: “primeiro era o quadrado depois a roda”. Ele inventara a roda, agora tinha a propriedade de conhecer a história humana, a partir da roda, e isso é pensar. Penso que estamos correndo o risco de ficar com uma psicologia com o objetivo de normalizar os corpos (soma, psique e ambiente) e não com a função de ampliar a autonomia do ser-no-mundo.

Passamos, ao longo da dissertação, rapidamente por alguns dos pensadores de nossa época e seus olhares contra o instituído e que vemos está ainda em vigor. Como diz Sandra

Caponi, em uma análise de Foucault, da loucura clássica ao poder psiquiátrico, as estratégias da biopolítica não se encerram com o fim dos manicômios, “elas persistem nos Centros de Atenção Psicossocial toda vez que a intervenção terapêutica se limita à reiteração dessas duas velhas estratégias próprias do saber psiquiátrico do século 19: o interrogatório e o uso de drogas (2005: 93)”.

E, por fim, considero alguns paradoxos, no sentido de contradição (pelo menos na aparência), que como observadora, nesta pesquisa, e como participante no controle social, percebo como alienação no trabalho:

- trabalhar para ampliar a autonomia das pessoas, trabalhar com grupos e não ser agente de mudança para que se efetive o trabalho em equipe.
- estudar teorias e técnicas em psicologia clínica, no mais das vezes descasadas da realidade, e não estudar história das políticas públicas e em que se baseiam as políticas que estruturam o SUS, ao mesmo tempo em que consideram isto importante para a formação.

Há pouca mobilização política entre os profissionais de saúde para a mudança nas relações de trabalho, pouca participação no controle social, que se estampa no desconhecimento do projeto de Plano de Carreira, Cargos e Salários do SUS (o PCCS ficou em consulta pública no portal do Ministério da Saúde por meses em 2005) e no pouco envolvimento com a mesa de negociação dos trabalhadores, que só se formou em Santa Catarina por chamamento do Conselho Estadual de Saúde. Poucos conhecem as políticas de educação na saúde, saúde mental, atenção básica e a política de controle social, entre outras. Os profissionais do SUS, de maneira geral, não participam da construção das políticas, mantêm-se aquém das políticas que normatizam o seu trabalho. O profissional não está sensibilizado sobre o SUS, o que revela um processo de alienação no trabalho. Ele não sabe que não sabe, porque não sabe que há algo a conhecer.

Mudança é processo e altera forma e conteúdo, mas também penso que tudo não é novo, o conhecimento precisa ser preservado. Foi-se deixando de estudar as raízes do conhecimento e o conhecimento acadêmico ficou muito vinculado a citar artigos científicos e acabou-se por pensar a visão de terceiros, quartos e quintos. Não interessam mais os grandes temas que alimentam a Filosofia e mobilizaram os filósofos desde a Grécia Clássica (estruturante do pensamento ocidental): lógica, física, metafísica, estética e ética. Não se estuda dialética como o método da filosofia, não se estuda história da arte e de maneira fragmentada, no mais das vezes, são ensinadas as ciências humanas, novas, do

século XIX, desdobramentos da Filosofia: sociologia, psicologia e antropologia. Deixou-se de lado o exercício do pensar, reflexão sobre as perguntas clássicas do homem: quem sou, de onde venho e para onde vou. Vejo o conhecimento sendo definido como alguma coisa somente prática, que possa ter aplicabilidade, uma maneira de tornar o mundo objetivo? Servir ao consumo, algo imediatista e com relação custo-benefício? Não vejo como mudar sem parar e pensar.

Espero não ter fragmentado meu pensamento ao tentar me adaptar ao formato exigido. Este trabalho trouxe-me o maior prazer na realização das entrevistas e leituras e mais leituras, inclusive revisitando grandes mestres. Mas trouxe também uma sensação de fragilidade diante do gigante.

Assim, como apreendemos dos movimentos sanitário e antimanicomial, é preciso estudar, pesquisar e construir coletivos políticos que forcem as mudanças. E desde que Roberto Freire me apresentou La Boetie, pensador francês do século XVI, tenho em meu pensamento o seu *Discurso da servidão voluntária*, em diz que não o admira que um queira ser rei, mas que cinco milhões queiram ser súditos.

12. Referências

- BARDIN, Laurence. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BARROS, in Zimerman, David E.; Osório, Luiz Carlos e cols. *Como trabalhamos com grupos* Porto Alegre: Artmed. 1997. p.108-116.
- BASAGLIA, Franco. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal. 1982.
- BEZERRA JÚNIOR, B. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In Tundis e Costa (orgs.). *Cidadania e loucura*. Petrópolis: Vozes. 2001. p.133-170.
- BIRMAN, Joel. *A Psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- BORDENAVE, Juan Díaz. Opções pedagógicas. In *Ação participativa: capacitação de pessoal*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. 1982. p.12-26
- BROHM, Brückner et ali. *Marxismo, psicoanálisis y sexpol 2* (1970). Argentina: 1973.
- CAPONI, Sandra. Da história da loucura na época clássica ao poder psiquiátrico. In *Michel Foucault, perspectivas*. Rio de Janeiro: Achiame. 2005. p.81-96.
- CAPRA, Fritjof. *O ponto de mutação*. São Paulo: Círculo do Livro. 1982.
- _____ *Sabedoria incomum*. São Paulo: Cultrix. 1988.
- CECCIM, Ricardo B. e FEUERWERKER, Laura C. M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. (41-65) .In *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS. Vol.14, nº1. 2004.
- CECCIM, Ricardo B. e Bilibio, L. F. Articulação com o segmento estudantil da área de saúde: uma estratégia de inovação na formação de recursos humanos para o SUS. *VER-SUS/Brasil*. Caderno de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.7-29.
- CHARADEAU & MAINGUENEAU. *Dicionário de Análise de Discurso*. São Paulo: Contexto. 2004
- COLL, César. *Psicologia e currículo, uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar*. São Paulo: Ática. 1987. 200p.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Diretrizes curriculares para os cursos de graduação em Psicologia: propostas e análise*. Brasília, DF: CFP. 2003. 60p.
- _____ *Profissão Psicólogo – Legislação e resoluções para a prática profissional*. Brasília, DF: CFP. 2003. 209p.
- _____ *V Congresso Nacional da Psicologia*. Relatório Final. Brasília, DF: CFP. Digitado. 2004.

- COOPER, David. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1967.
- DAHMER, Helmut. Wilhelm Reich, su posicion ante Freud Y Marx. *In Marxismo, Psicoanálisis Y Sexpol 2*. Buenos Aires: Granca. 1973. p.73-119.
- DA ROS, Marco Aurélio. A ideologia nos cursos de Medicina. *In Educação Médica em transformação, instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec. 2004, p.224-244.
- _____. *Fleck e os estilos de pensamento em saúde pública - um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994*. Tese, UFSC. 2000. p.188.
- _____. Uma visão da reforma curricular a partir do movimento sanitário. *In Da proposta à ação: Currículo Integrado do Curso de Graduação em Medicina da UFSC*. Florianópolis: UFSC. 2005, p.59-80.
- DEBORD, Guy. (1968) *A sociedade do espetáculo*. Rio de Janeiro: Contraponto. 1997.
- ECO, Humberto. *Como se faz uma tese*. São Paulo: Perspectiva, 2003 , 170 p.
- ELKAIM, Mony. Alguns comentários sobre auto-referência e terapia familiar. *In Elkaim (org.). Terapia familiar em transformação*. São Paulo: Summus. 1999. p.78-83.
- EVANS, Richard. *Construtores da psicologia*. São Paulo: Summus/Edusp. 1976
- FERNBACH, DAVID. Represión sexual y praxis política. *In Marxismo, Psicoanálisis Y Sexpol 2*. Buenos Aires: Granca. 1973. p.230-244.
- FLECK, Ludwick. (Deutsch, 1936) *La genesis y el desarrollo de un hecho científico. Introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madrid: Alianza Editorial, 1986.
- FOUCAULT, Michel. *História da sexualidade*. vol.1. Rio de Janeiro: Graal. 4ª ed. 1980.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal. 5ª ed. 1985.
- _____. *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo. Perspectiva, 6ªed. 1999.
- FOULKES, S. H. Psicoterapia e psicoterapia de grupo. *In Psicoterapia de grupo*. São Paulo: Ibrasa. 1963/1976. 3ªed. P.11-21.
- FREIRE, Roberto. *Soma, uma terapia anarquista - a alma é o corpo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1988, v.1. 4ªed. 220p.
- _____. *Soma, uma terapia anarquista - a arma é o corpo*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1991, v.2. 2ªed. 187p.
- FREIRE COSTA, Jurandir. *História da Psiquiatria no Brasil: um corte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1976.
- FREUD, Sigmund. (1909) *Cinco lições de Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago. 1997.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 7ª ed., 2003.

GUATTARI, Félix. *As três ecologias*. São Paulo: Papyrus. 2004.

HEISENBERG, Werner. *Física e Filosofia*. (1958) Brasília: Universidade de Brasília. 1999.

HUMBERT, Elie G. *Jung*. São Paulo: Summus. 1985

ILLICH, Ivan. A expropriação da saúde, nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2ª e-d. 1975.

KADIS, KRASNER, WINICK E FOULKES. *Psicoterapia de grupo*. São Paulo: Ibrasa. 1963/1976. 3ªed.

LA BOETIE, Eitienne. *Discurso da servidão voluntária*. São Paulo: Brasiliense. 1999

LAING, Ronald. *O eu dividido - estudo existencial da sanidade e da loucura*. Petrópolis: Vozes. 1973, 2ª ed., 1975. 231p.

LEITE, Márcio Peter S. Psicofarmacologia e psicanálise, *in Psicanálise e neurociências*, Ed. Escuta, SP, 2001.

LIMA, Ana C. Costa e PEREIRA, Luciana ^a. FNEPAS: articulação e parceria na construção de mudanças na graduação. *Boletim Informativo da Rede Unida*. Ano XX, nº44, janeiro a abril/2005.

LIMA BARRETO, Afonso Henriques. Os bruzundangas. São Paulo: Ática. 1923/1998.

_____ *Triste fim de Policarpo Quaresma*. São Paulo: FTD. 1915/1991.

MACHADO DE ASSIS, Joaquim Maria. *O alienista*. Porto Alegre: L&PM. 1998.

_____ *Memórias póstumas de Brás Cubas*. Porto Alegre: L&PM. 1997.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos (39-64). *In Mattos e Pinheiro. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*

MAY, Rollo. *O homem à procura de si mesmo*. Petrópolis: Vozes., 1976. 5ª ed.

_____ *A arte do aconselhamento psicológico*. Petrópolis: Vozes. 1967/1979. 3ªed.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. SP-RJ: Hucitec-Abrasco, 1992, 6ªed. 1999, 269p.

_____ (org). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1993. 6ª ed., 1996. 80p.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Parecer nº 0062/2004*. Diretrizes Curriculares para os Cursos de Psicologia. Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação. Brasília: Diário Oficial, nº69, 12/04/2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *III Conferência Nacional de Saúde Mental. “Cuidar, sim. Excluir, não. – Efetivando a Reforma Psiquiátrica com acesso, qualidade, humanização e controle social.”* Relatório Final. Brasília, DF: CNS/MS. 2001. 211p.

_____. *8ª Conferência Nacional de Saúde.* Relatório Final. Brasília, 1986. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, p. 381-389.

_____. *11ª Conferência Nacional de Saúde: O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS - Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde com Controle Social.* Relatório Final. Brasília, DF: MS. 2002. 188p.

_____. *12ª Conferência Nacional de Saúde – Saúde: um direito de todos e um dever do estado – A saúde que temos, O SUS que queremos. Conferência Sérgio Arouca.* Manual da Conferência. MS/CNS. Ed.MS: Brasília, DF. 2003. 80p.

_____. *12ª Conferência Nacional de Saúde.* Relatório final. Brasília, DF. 2004. www.saude.gov.br, em 19/11/2004. 230p.

_____. *Contribuição do CNS na transição de governo e na discussão do orçamento MS-2003 no Congresso Nacional.* 125ª Reunião CNS, 6/11/2002. <http://conselho.saude.gov.br/atas>, em 05/12/2004.

_____. *Legislação em saúde mental: 1990-2002.* Ed.MS: Brasília, DF. 2002. 165p.

_____. *Legislação em saúde mental: 1990-2004.* Ed.MS: Brasília, DF. 2004. 339p.

_____. *O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes.* Conselho Nacional de Saúde. Ed.MS: Brasília, DF. 2002.

_____. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS; Caminhos para a Educação Permanente em Saúde; Pólos de Educação Permanente em Saúde.* Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Digitado. Brasília, DF: MS. 2003 (18/09/03). 50p.

_____. *Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.* Brasília, DF: MS, Série C. Projetos, programas e relatórios. 2004. 65p.

_____. Portaria GM/MS nº 198/2004. *In Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS. Caminhos para a Educação Permanente em Saúde.* Brasília, DF: MS, Série C. Projetos, programas e relatórios. 2004.

_____. *Princípios e Diretrizes para a NOB/RH-SUS.* MS/CNS. Ed.MS: Brasília, DF. 2005.

_____. *Programa de Saúde da Família – PSF.* Brasília, DF: MS. 1997.

MOSCOVICI, Serge. *La psychanalyse, son image et son public.* Paris: PUF. 1961/1976.

OSÓRIO, Luiz Carlos e cols. *Grupoterapia hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas. 2ª ed. 1989.

_____, in Zimerman, David E.; Osório, Luiz Carlos e cols. *Como trabalhamos com grupos* Porto Alegre: Artmed. 1997. p.87.

PERRENOUD, Philippe. Formar professores em contextos sociais em mudança. Prática reflexiva e participação crítica. *In Revista Brasileira de Educação*. nº12, set/nov 1999, p.5-21.

PICHON-RIVIÈRE, Enrique. *O processo grupal*. São Paulo: Martins Fontes. 1994

ROGERS, Carl. *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Moraes. 1961/1970.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. *In Tundis e Costa (orgs.). Cidadania e loucura*. Petrópolis: Vozes. 2001. p.15-74.

Resolução do Conselho de Desenvolvimento Social (1975). *Jornal do Brasil*. 5/5/1975. *In Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil*. Petrópolis: Vozes, 7ªed. 2001, p.67.

SARACENO, ASIOLI e TOGNONI. *Manual de Saúde Mental*. São Paulo: Hucitec. 2001.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. ESTADO DE SANTA CATARINA. *Plano Estadual para o Fortalecimento das Ações de Monitoramento e Avaliação da Atenção Básica. Plano Inicial*. Digitado, 30/04/04. 17 p.

SILVA, Rosalina Carvalho da. *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor. 2002

SILVA FILHO, João F. A medicina, a psiquiatria e a doença mental. *In Tundis e Costa (orgs.). Cidadania e loucura*. Petrópolis: Vozes. 2001. p.75-102.

SLUZKI, Carlos. A transformação dos depoimentos na terapia. *In Elkaim (org.). Terapia familiar em transformação*. São Paulo: Summus. 1999. p.62-67.

SPINK, M. J. Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. *In Campos, F. C. B. (org.). Psicologia da saúde, repensando práticas*. São Paulo: Hucitec. 2002. p.11-23.

SZASZ, Thomas. *Cruel compaixão*. São Paulo: Papirus. 1994

ZIELGMANN, Luiz. *Psiquiatria social contemporânea. Narrativa de uma trajetória clínica*. Petrópolis: Vozes. 2005.

ZIMERMAN, David E.; Osório, Luiz Carlos e cols. *Como trabalhamos com grupos* Porto Alegre: Artmed. 1997.

13. Apêndice

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

O Projeto de Pesquisa “A Perspectiva do Psicólogo na Atenção Básica em Saúde: Diretrizes Curriculares e Educação Permanente para o SUS – Joinville, SC – 2005” está sendo desenvolvido no Programa de Mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, pela mestrandia, então pesquisadora, Ana Cristina Costa Lima, sob orientação do Prof. Dr. Marco Aurélio Da Ros.

Esta pesquisa tem como objetivo geral analisar as representações sociais do psicólogo sobre a inserção da psicologia na atenção básica do Sistema Único de Saúde, contextualizada com as mudanças curriculares e a política de educação permanente, em seu processo de implementação.

Justifica-se pelo crescente indicativo na construção de políticas públicas e do controle social sobre a importância da Psicologia nos serviços do SUS, como uma profissão que pode contribuir para ampliar a resolutividade da atenção em saúde à população.

É esperado que esta pesquisa contribua para a construção da prática do psicólogo no Sistema Único de Saúde, especificamente na Atenção Básica, em conformidade com os princípios do SUS.

Serão realizadas entrevistas semi-diretivas com psicólogos do Sistema Único de Saúde do município de Joinville, SC. As entrevistas serão gravadas e a pesquisadora poderá fazer anotações ao longo da entrevista.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, cumprindo a Resolução CNS 196/96, resguarda os direitos da pessoa sobre os depoimentos feitos por meio de entrevista à pesquisadora. Será mantida em sigilo a identidade da pessoa entrevistada, a fim de proteger a imagem, não permitindo a estigmatização, garantindo a não utilização das informações em prejuízo da pessoa, inclusive em termos de auto-estima, de prestígio e/ou econômico – financeiro.

A pesquisadora coloca-se disponível em qualquer tempo para esclarecer dúvidas e a pessoa entrevistada é livre para retirar seu consentimento, em qualquer tempo, *a posteriori* da entrevista.

Consentimento pós-informação

Eu, _____

RG _____

CRP-12/ _____

Certifico que tendo lido as informações acima e considerando-me suficientemente esclarecida sobre todos os itens pela pesquisadora Ana Cristina Costa Lima, estou plenamente de acordo com a realização deste trabalho. Assim, autorizo e garanto a minha participação no trabalho proposto acima.

Joinville, 28 de novembro de 2005.

Assinatura

14. Anexos

1. Lista das unidades básicas de saúde, de Joinville.
2. Fluxograma do Serviço de Saúde Mental, de Joinville.
3. Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (SMS).
4. Diretrizes de Referência Serviço de Saúde Mental 2004/2005, da SMS de Joinville.
5. Protocolo de Dispensação de Fluoxetina, da SMS de Joinville.
6. Ficha Individual de Observação do Desenvolvimento (Síntese da Escala Brasileira de Heloísa Marinho).
7. Carta do Programa de Mestrado em Saúde Pública à Secretária Municipal de Saúde de Joinville.
8. Ofício nº1820/04 DPCAA/SMS.
9. Declaração da SMS de Joinville.
10. Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC – Projeto nº145/2005.