



**Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP  
Faculdade de Medicina – FCM  
Departamento de Saúde Coletiva  
Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental e  
Saúde Coletiva**

**BRUNO BAUER SARACINO**

**Balizamentos da Clínica Psicológica na Atenção  
Básica à Saúde: O desafio em busca do comum**

**Campinas  
2017**

BRUNO BAUER SARACINO

## **Balizamentos da Clínica Psicológica na Atenção Primária à Saúde: O desafio em busca do comum**

Monografia apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para obtenção do Título de Especialista em Saúde Mental

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À  
VERSÃO FINAL DA MONOGRAFIA  
APRESENTADA PELO ALUNO  
BRUNO BAUER SARACINO E  
ORIENTADA PELO PROF. DR.  
BRUNO FERRARI EMERICH

Campinas

2017

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos colegas residentes, por podermos nos apoiar um aos outros, reconhecendo as dificuldades, prazeres e vivências que tivemos juntos.

Agradeço também aos preceptores, profissionais, docentes e outras pessoas que cruzaram meu caminho ao longo destes dois anos, qualificando e dando sentido à caminhada.

Por fim, agradeço aos usuários dos serviços e equipamentos pelos quais passei, pela confiança e por sempre me lembrarem de qual o verdadeiro motivo da minha presença nestes serviços de saúde.

## RESUMO

O presente trabalho propõe discutir a prática do(a) profissional da Psicologia, no âmbito da Atenção em Saúde Mental no contexto da Atenção Primária em Saúde. Inicialmente é feito um resgate histórico que explicita como a Psicologia e os profissionais que a exercem ocupam espaços na Saúde Pública e Coletiva, evidenciando, neste movimento, as contradições e dificuldades encontradas pela categoria profissional. Discute-se também o Movimento da Reforma Psiquiátrica, compreendido como catalizador da Psicologia Crítica, na medida em que coloca questionamentos essenciais à Psicologia, em termos epistemológicos, paradigmáticos e assistenciais. Em um segundo momento, é retomado o modelo de Atenção à Saúde Mental na Atenção Primária em Saúde, tal como proposto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), embasado no paradigma da Atenção Psicossocial, e também qual o papel do agente da Psicologia neste modelo. Por fim, discute-se a prática do(a) profissional da Psicologia no recorte específico da oferta de suporte especializado em Psicologia no contexto da Atenção Primária em Saúde. Com o embasamento bibliográfico, articulado à experiência enquanto Residente Multiprofissional da Rede de Atenção Psicossocial da cidade de Campinas, pudemos, ao final da discussão, propor alguns balizamentos concernentes à organização do processo de trabalho do(a) psicólogo(a) e a assistência oferecida à população, no âmbito da Saúde Pública e Coletiva.

## ABSTRACT

The present work proposes to discuss the practice of the psychology professional in the field of Mental Health Care in the context of Primary Health Care. Initially, a historical rescue is made that explains how Psychology and the professionals that practice it came to occupy those spaces in the Public and Collective Health, evidencing, in this movement, the contradictions and difficulties encountered by the professional category. It also discusses the Psychiatric Reform Movement, understood as a catalyst for Critical Psychology, in that it poses essential questions to Psychology, in epistemological, paradigmatic and care terms. Secondly, the model of Attention to Mental Health in Primary Health Care, as proposed by the *Sistema Único de Saúde* (SUS), based on the Psychosocial Care paradigm, and the role of the agent of Psychology in this model. Finally, the practice of the psychology professional in the specific cut of the specialized support offer in Psychology in the context of Primary Health Care is discussed. With the bibliographic basis, articulated to the experience as a Multiprofessional Resident of the Network of Psychosocial Attention in the city of Campinas, we were able, at the end of the discussion, to propose some guidelines regarding the organization of the work process of the psychologist and the assistance offered to the population, in the scope of Public and Collective Health.

## Sumário

1. Introdução.....	7
2. Justificativa e Objetivos .....	10
3. Contextualização Histórica e Dados Concernentes à Discussão .....	13
3.1 A entrada da Psicologia na Saúde Pública .....	13
3.2 Breve Histórico das Políticas Públicas em Saúde Mental no Brasil ....	14
3.3 Modelo de Atenção Psicossocial no SUS .....	18
3.4 Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde .....	21
3.5 Prevalência de Sofrimento Mental e Demanda por Suporte Especializado na Atenção Básica .....	25
4. Discussão .....	30
4.1 Um Ponto Intermediário .....	30
4.2 Balizamentos referentes ao suporte especializado em Psicologia no contexto da Atenção Primária em Saúde.....	34
5. Considerações Finais .....	45
Referências Bibliográficas.....	48

## 1. Introdução

Como psicólogo, a inserção na Atenção Básica à Saúde é marcante. O que é esperado do profissional psicólogo nesse espaço e o que o próprio profissional encontra é, por assim dizer, desconcertante.

Não está sempre presente, neste trabalho, a proteção confortável do consultório e de um *setting* ou enquadre bem definido. Temos que nos haver com uma miríade de demandas, diferentes intervenções, públicos, necessidades e papéis que colocam o profissional psicólogo, na Atenção Básica, como um generalista. O trabalho nas Unidades Básicas de Saúde coloca em questão, para o profissional, o fazer próprio do psicólogo.

Diversos autores discutem (BOCK, 1997; DIMENSTEIN, 2000; LISBOA 2009) a formação em Psicologia no Brasil, que ainda não coincide com as novas convocações de atuação profissional e com a realidade social do país. A herança do ideário do profissional autônomo e liberal, restrito à sua atuação em consultório, ainda é bastante presente na representação social da psicologia, na formação oferecida pelos cursos de graduação e também entre os estudantes e a própria categoria profissional.

Pontuamos a proposta da reforma curricular dos cursos de Psicologia, no bojo da Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional, LDB, (Lei 9.394 de 1996) e outros esforços nesse sentido, como as Resoluções nº 8, de 2004, e a Resolução nº 11, de 2011, ambas do Conselho Nacional de Educação (CNE) e da Câmara de Educação Superior (CES).

Contudo, como apontado por alguns autores (AMORIM, 2003; BERNARDES, 2003; TONIAL, 2014), os atravessamentos e interface entre um Estado Neoliberal e os projetos educacionais direcionam tais projetos pedagógicos para uma atuação autônoma e neoliberal, apartada da atuação e afirmação das políticas públicas, como é o caso do trabalho na Atenção Básica em Saúde, dentro do Sistema Único de Saúde.

Em 2000, Dimenstein nos diz:

...a Psicologia muito pouco exerceu, e vem exercendo, um papel questionador e transformador das instituições e das relações pessoais e vem contribuindo mais para a reprodução das estruturas sociais e das relações de poder. (DIMENSTEIN, 2000, p. 101)

Dezessete anos mais tarde, no ano de 2017, percebemos que a categoria profissional, por meio dos esforços dos Conselhos Regionais de Psicologia, do Conselho Federal, e do Ministério da Saúde, coloca em questão sua prática e relevância social. Exemplo disso é a criação do CREPOP, Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas, no ano de 2005, pelo Conselho Federal de Psicologia. Em consonância com as diretrizes das políticas públicas, o CREPOP visa instrumentar, referenciar e subsidiar, através de pesquisas, o trabalho do psicólogo nas áreas da saúde, assistência social, e outras políticas públicas.

O trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) é onde o profissional psicólogo se depara, de maneira mais incisiva, com o descompasso entre sua formação e as demandas específicas de um território e sua população. Depara-se também com a representação que os outros profissionais da saúde têm da psicologia, e, por fim, depara-se com seu próprio ideal de profissional psicólogo.

A discussão que proponho aqui advém da inquietação vivenciada ao longo deste ano, enquanto residente em um Centro de Saúde da região sudoeste da cidade de Campinas. Tal oportunidade foi possibilitada enquanto campo de prática do segundo ano da Residência Multiprofissional em Saúde Mental da UNICAMP.

Na cidade de Campinas, a Atenção Básica em Saúde é organizada de modo que algumas unidades (chamadas Centro de Saúde) tenham áreas de especialidades. São elas: ginecologia, pediatria, psicologia, psiquiatria, odontologia, terapia ocupacional, e mais recentemente, no contexto da implementação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), fisioterapia e outros núcleos profissionais. De acordo com informações encontradas na página virtual da Prefeitura de Campinas<sup>1</sup>, dos 63 Centros de Saúde da cidade,

---

<sup>1</sup> <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/unidades/centros-de-saude/>

cerca de 1/3 conta com equipes de Saúde Mental. Tais equipes variam em sua composição, a depender da unidade em questão, contudo, são geralmente compostas de profissionais dos núcleos da psicologia, psiquiatria ou terapia ocupacional.

O Centro de Saúde no qual fui alocado durante o ano de prática, contava com uma equipe de Saúde Mental composta de dois profissionais (psicologia e terapia ocupacional), que foram recentemente realocados para uma equipe NASF, composta pelos dois profissionais supracitados e mais um profissional de cada um dos seguintes núcleos: farmácia, fisioterapia, psiquiatria e psicologia. Essa equipe NASF faz apoio a dois Centros de Saúde, matriciando e apoiando as Equipes de Saúde da Família destas duas unidades.

Neste recorte de experiência, devido às particularidades da organização de atenção à saúde em nível primário na cidade de Campinas, não é incomum que o profissional dedique parte importante de sua carga horária para a realização de atendimentos individuais. Portanto, para além das atribuições de equipe NASF os profissionais mantêm um apoio especializado em saúde mental aos usuários da unidade.

Tal arranjo, do suporte especializado e atendimentos individuais, quando há a presença de psicólogos nas unidades básicas de saúde, não é incomum. A pesquisa realizada pelo CREPOP, *Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde* (CPF & CREPOP, 2010), evidencia que tal prática é comum em todo o país, principalmente nos municípios que não dispõem de Equipes NASF ou Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Portanto, a discussão aqui proposta desdobra-se a partir de dois eixos. O primeiro é a legitimidade da oferta de apoio especializado em saúde mental, especificamente no recorte do núcleo profissional da psicologia. Buscaremos demonstrar que tal oferta se justifica pela necessidade de um ponto intermediário para o cuidado do sofrimento mental que não é totalmente abarcado em sua complexidade pelo atual modelo de Atenção em Saúde Mental, em seus dois polos principais: a oferta da clínica ampliada e espaços de cuidado ofertados pelas Equipes de Saúde da Família e Equipes NASF, além de outros equipamentos e dispositivos da Atenção Básica, por um lado, e

os Centros de Atenção Psicossocial, destinados a transtornos graves e persistentes, no polo complementar. Este intervalo intermediário nos casos do sofrimento mental tende a se expandir quando vivemos contextos de crise social e econômica. Por sua vez, esse aumento da demanda se depara atualmente com uma drástica diminuição das ofertas de cuidado e rearranjo dos investimentos em Atenção Básica à Saúde, fechando um ciclo que alimenta e consome a si mesmo. Encontramos, recentemente, como resposta a esse “intervalo de limbo” na assistência em saúde mental, discussões que apontam para a ressurreição dos Ambulatórios em Saúde Mental. Estes equipamentos operam de forma contrária e dissonante à Política Nacional de Saúde Mental do Brasil dos últimos trinta anos, pois mantém seu foco na doença e na remissão sintomatológica dos quadros psiquiátricos.

O segundo eixo é um desdobramento do que foi exposto anteriormente. Se há a necessidade e a demanda de um apoio e suporte especializado do profissional psicólogo na Atenção Primária à Saúde, muitas vezes realizado na forma de atendimentos individuais, quais as práticas desenvolvidas por tais profissionais, neste contexto?

Pensar e tematizar o trabalho do suporte especializado do profissional da psicologia, no contexto do Sistema Único de Saúde, o SUS, e das Unidades Básicas de Saúde (UBS), de modo a respeitar a singularidade de cada território, população e sujeito, mas que também não esteja exclusivamente submetido ao arbítrio individual do profissional, na organização de seu processo de trabalho e formas de atenção ou assistência oferecidas. É essa a questão que norteia a discussão aqui proposta.

## **2. Justificativa e Objetivos**

Reconhecendo-se a herança individualista, liberal e autônoma da formação do profissional psicólogo, especialmente no contexto do atendimento clínico ou individual, faz-se necessário discutir quais práticas e processos de trabalho são pertinentes ao contexto da assistência primária em saúde. O

trabalho do psicólogo ou psicóloga nas Unidades Básicas de Saúde, pensado aqui no recorte do suporte especializado e atendimento individual, não deve estar submetido apenas a uma escolha individual por determinada abordagem ou escola de pensamento da Psicologia. Dizemos apenas, pois ainda que supostamente o profissional da psicologia esteja afinado a determinada visão epistemológica, de compreensão de mundo e homem – o que impacta suas práticas, intervenções e processo de trabalho – este não pode ser um fator determinante exclusivo quando dizemos de sua inserção na Saúde Coletiva.

Seja na pesquisa acerca das práticas dos psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde (CFP & CREPOP, 2010) ou na experiência de dois anos como residente na Rede de Atenção à Saúde de Campinas, encontramos profissionais psicólogos trabalhando das mais diversas formas nas Unidades Básicas de Saúde. Tais diferenças dizem respeito principalmente aos processos de trabalho e formas de atenção ou assistência, como discutiremos mais adiante.

Algumas ressalvas e premissas se fazem necessárias, para clarear e delimitar a discussão. Não propomos aqui nenhuma forma de engessamento ou protocolização do trabalho do psicólogo. Sem dúvidas o trabalho deste profissional exige flexibilidade. E o contexto da Atenção Básica exige uma pluralidade de ações que não pode estar restrita ao atendimento individual.

Menos ainda desconsideramos as práticas previstas de uma clínica ampliada, que incluem as estratégias de apoio, matriciamento, prevenção e promoção de saúde, grupos, articulação com escolas, abrigos e outras instituições do território, e todo o amplo espectro de trabalho e ações previsto nas políticas públicas para o profissional da psicologia no bojo das diretrizes, valores e princípios de uma prática ético-política comprometida com o acesso da população, como prevê nosso Sistema Único de Saúde (Dimenstein e Macedo, 2012).

Reconhecemos que o trabalho do profissional da psicologia na Atenção Básica está atravessado por diversos fatores que dificultam, felizmente, uma protocolização de suas práticas. O território, os elementos advindos de uma escuta qualificada, as diferentes demandas, contextos e necessidades da

população atendida, situam o profissional em uma complexidade tal que nenhum protocolo, fluxograma ou portaria poderia abarcar.

Contudo, se em muitos aspectos o afastamento da Psicologia do saber e da lógica do modelo biomédico de atenção à saúde é salutar, tal afastamento cria também desafios e a necessidade de um questionamento.

Portanto, se buscamos superar a prática psicológica remetida a sua herança liberal, autônoma e de absoluto livre arbítrio do profissional, faz-se necessário discutir quais formas e modalidades de atendimento individual psicológico são pertinentes ao contexto da saúde pública e coletiva. Nesse sentido, como buscaremos demonstrar adiante, admite-se que há demanda por um suporte especializado e atendimento individual do profissional da Psicologia na Atenção Básica, e que tal demanda advém não apenas das características de nosso país, com elementos socioculturais que propiciam o sofrimento mental ou psíquico, mas também da forma mesma como o modelo de Atenção à Saúde Mental está organizado dentro do SUS.

### **3. Contextualização Histórica e Dados Concernentes à Discussão**

#### **3.1 A entrada da Psicologia na Saúde Pública**

A Psicologia foi reconhecida como profissão no Brasil no ano de 1962, sob força da Lei Federal nº 4119. Na mesma década, no ano de 1964, é regulamentada a formação e o exercício profissional da Psicologia pelo Conselho Federal de Educação, com o Decreto nº 53464.

De acordo com Dimenstein (1998, pg. 55), foi apenas no final da década de 1970 que os profissionais da psicologia convergem para as instituições públicas. Segundo a mesma autora, em 1976 havia 726 psicólogos participando de equipes de saúde, em instituições públicas ou privadas. No ano de 1984 esse número saltou para 3671 profissionais. A taxa de crescimento ao longo desse período foi muito superior à de outras categorias profissionais, sendo superada apenas pelos sanitaristas, no bojo da Reforma Sanitária (DIMENSTEIN, 1998).

O profissional psicólogo era inserido principalmente nas instituições hospitalares e manicômios. Respondia, em parte, às demandas de um sistema hospitalocêntrico e privatista. No seio do sanitarismo e no final da década de 1980, atrelado aos movimentos da Reforma Psiquiátrica, a categoria profissional da psicologia colocava em questão sua prática e ambientes de trabalho. Em 1987, por exemplo, ocorreria a I Conferência Nacional de Saúde Mental. No final do mesmo ano foi realizado o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental. O evento reuniu 350 trabalhadores da saúde mental na cidade de Bauru, interior do Estado de São Paulo.

A convergência e os desdobramentos entre o Movimento Sanitário e a Reforma Psiquiátrica fortalece a inserção da psicologia nas equipes de saúde. Colocam também em questão as práticas e o compromisso social da Psicologia. Apontamos também o movimento da Psicologia Crítica Latino-americana, no final da década de 1970. De acordo com Bock e colegas:

A atenção ao contexto do fazer humano foi uma forma de inserir no campo de visão da Psicologia aquilo que nos anos setenta era

chamado de "realidade brasileira". Diante do reconhecimento de que a Psicologia se desenvolvera quase sempre sem atentar para as necessidades, virtudes e problemas vividos pela maioria da população brasileira, o contexto a que se deveria dar atenção era o contexto econômico, histórico e social, onde viviam os brasileiros. Nesse sentido, é que a expressão "toda a psicologia é social" ganha uma possibilidade de compreensão fértil para o projeto de construção de uma psicologia social efetivamente adequada aos povos brasileiro e latino-americano. (BOCK, FERREIRA, GONÇALVES e FURTADO, pg. 54, 2007)

Os esforços no sentido de legitimar a Psicologia como um saber que pode contribuir para a construção de uma sociedade mais igualitária a partir de seu fazer nas políticas públicas e a noção de que tal saber deve ser acessado pela população, parecem ter tido efeitos.

De acordo com pesquisa, *Psicologia: Uma Profissão de Muitas e Diferentes Mulheres* (CFP, 2013a), dos cerca de 230 mil profissionais em exercício no Brasil, 40 mil estavam no SUS, cerca de 17%, e mais de 20 mil estavam no SUAS - Sistema Único de Assistência Social. Ambas as porcentagens correspondem a mais de 25% do total de psicólogos em exercício no Brasil, naquele ano, trabalhando no âmbito destas duas políticas públicas, sem considerarmos aqui outras inserções como o judiciário, educação, conselho tutelar, defensoria pública, dentre outras políticas públicas com as quais a Psicologia estabeleceu fértil diálogo.

### **3.2 Breve Histórico das Políticas Públicas em Saúde Mental no Brasil**

Atualmente, se falamos em políticas públicas de Atenção à Saúde Mental, no Brasil, necessariamente falamos da Reforma Sanitária, da Reforma Psiquiátrica, e dos movimentos de reforma ou contestação do saber psiquiátrico ao redor do mundo, a partir da década de 1950, período pós-guerra, quando aparecem também os primeiros psicotrópicos. Falamos

também, ao abordar esse tema, de todo o contexto geopolítico, socioeconômico e cultural do Brasil e também de outros países.

O atual modelo de Atenção à Saúde Mental do SUS é herdeiro do movimento da Reforma Psiquiátrica, contemporâneo ao movimento da Reforma Sanitária. Ainda que o movimento da Reforma Psiquiátrica incorporasse as críticas ao modelo hospitalocêntrico e privatista da atenção à saúde, questões centrais do sanitarismo, o primeiro tem uma história própria, com atravessamentos também das discussões advindas recentemente da Europa e Estados Unidos. As intersecções entre os dois movimentos eram pertinentes e mostraram-se profícuas. Ambos situavam-se, também, de maneira mais ampla, no processo germinativo da redemocratização do Brasil, no final dos anos 1970. De acordo com Dimenstein, o movimento sanitarista:

...tinha como objetivos constituir-se enquanto um saber contra-hegemônico, de crítica ao modelo dominante de atenção à saúde e produzir uma reforma nas políticas e práticas de saúde que vigoravam no Brasil, de forma a possibilitar a obtenção efetiva da saúde por toda a população. Ou seja, buscava-se a democratização e a instituição de um novo sistema nacional de saúde, utilizando-se para isso a tática da ocupação dos espaços institucionais e a participação ativa no processo de formulação e implementação das políticas de saúde. (Dimenstein, 1998, p. 59)

Faz-se necessário pontuar que a partir do Golpe Militar no Brasil, no ano de 1964, e mesmo anteriormente, no período do Estado Novo, estabelece-se um aumento da oferta de leitos psiquiátricos, muitas vezes ofertados por instituições privadas que recebiam repasse do Estado sob a forma de receita por dia de internação do paciente (Tenório, 2002). No período de 1957 a 1968, no Hospital Psiquiátrico do Juquery, no Estado de São Paulo, o número de internos dobrou: 7009 pacientes no ano de 1957 para 14438 pacientes no ano de 1968 (SA, 1983). A década de 1970 seria testemunha de um aumento constante de instituições privadas asilares e manicomiais e aumento das internações psiquiátricas no Brasil (JORGE & FRANCA, 2001)

Em 1961 era veiculada, pela primeira vez na imprensa, uma denúncia acerca das condições dos Hospitais Psiquiátricos do Brasil e de seus internos.

Tratava-se da reportagem do jornal *O Cruzeiro*, realizada no Hospital Colônia de Barbacena, no Estado de Minas Gerais. No ano de 1979 o repórter Hiram Firmino publica uma série de reportagens no jornal *Estado de Minas* acerca do mesmo manicômio. Também no mesmo ano, Franco Basaglia visita a instituição e declara seu assombro. Ainda no mesmo dia o cineasta Helvécio Ratton recebe autorização para gravar um documentário, *Em nome da Razão*, acerca do cotidiano da Colônia (SPREJER, 2013).

A terrível situação da assistência psiquiátrica no Brasil, ao final da década de 1970, associada às graves violações de direitos dos pacientes, finalmente tornaram-se públicas. No contexto da redemocratização do país e das efervescências sociais do período, as denúncias ganham força e sensibilizam setores sociais.

Desta forma, em síntese, em relação à assistência psiquiátrica, desde o final dos anos 1950, o Brasil acumulava uma grave situação nos hospitais psiquiátricos: superlotação; deficiência de pessoal; maus-tratos grosseiros; falta de vestuário e de alimentação; péssimas condições físicas; cuidados técnicos escassos. Como vimos, a partir do golpe militar de 1964, até os anos 1970, proliferaram amplamente clínicas psiquiátricas privadas conveniadas com o poder público, obtendo lucro fácil por meio da “psiquiatrização” dos problemas sociais de uma ampla camada da população brasileira. Criou-se assim a chamada “indústria da loucura”. No final dos anos 1980, o Brasil chegou a ter cerca de 100.000 leitos em 313 hospitais psiquiátricos, sendo 20% públicos e 80% privados, conveniados ao SUS, concentrados principalmente no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Minas Gerais. Os gastos públicos com internações psiquiátricas ocupavam o 2º lugar entre todos os gastos com internações pagas pelo Ministério da Saúde. Eram raras outras alternativas de assistência – mesmo as mais simples, como o atendimento ambulatorial. (CFP, 2013)

É apenas em 1978, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTST), que o movimento da Reforma Psiquiátrica começa a tomar corpo, aliado ao sanitarismo e ao processo de redemocratização do país, que já se preocupava com as questões do papel do Estado na saúde, com a garantia de direitos civis e individuais e com a possível violação de tais direitos.

Especificamente, no Brasil, era colocado em questão também o modelo privatista e lucrativo da atenção em saúde, incluindo a saúde mental.

A década de 1980 foi de especial importância para o Movimento Sanitarista e também para a Reforma Psiquiátrica. A incorporação da noção de *desinstitucionalização*, da Psiquiatria Democrática Italiana, marca a ruptura com o paradigma psiquiátrico biomédico e asilar (BORGES & BAPTISTA, 2008). No âmbito da Saúde Pública e Coletiva, tivemos as deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986. Posteriormente, a promulgação da *Constituição Federal* de 1988 colocava a saúde como um direito universal. Por fim, em 1990, o Sistema Único de Saúde era regularizado pela Lei nº 8080. No âmbito da Saúde Mental, foi neste período que o Movimento da Reforma Psiquiátrica se intensifica. Em 1987 acontecem a *Conferência Nacional de Saúde Mental* e o *II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental*. No último evento é instituída a consigna *por uma sociedade sem manicômios* e é instituído o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, no dia 18 de Maio.

A Reforma Psiquiátrica é atravessada também pelas experiências realizadas em outros países, especificamente na Europa e nos Estados Unidos. Essas experiências, singulares em cada país e sua historicidade, tinham em comum o fato de colocar em questão o saber hegemônico vigente acerca do cuidado com pessoas em sofrimento mental. Algumas eram mais radicais em sua proposta, como o movimento da Antipsiquiatria, encabeçado por David Cooper, na Inglaterra. Outras, mais “moderadas”, como a experiência da Clínica de La Borde, liderada por Jean Oury, na França, ou a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, de Gerald Caplan, nos EUA. Podemos citar, dentre as experiências alternativas ao cuidado exclusivamente hospitalocêntrico e asilar na atenção à saúde mental: a Psiquiatria de Setor e a Clínica de *La Borde* (França), Psiquiatria Comunitária ou Preventiva (EUA), as Comunidades Terapêuticas e a movimento da Antipsiquiatria (Inglaterra), e por fim a experiência italiana da Psiquiatria Democrática, de Franco Basaglia, esta última com grande impacto e influência no Brasil. (AMARANTE, 2007).

Em 1987 é fundado, na cidade de São Paulo, o primeiro serviço substitutivo ao manicômio: o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) *Prof. Luis*

da Rocha Cerqueira (ROSA, 2016). Em 1989 ocorre na cidade de Santos, o que ficou conhecido como a *Intervenção na Casa de Saúde Anchieta*, onde foram criados os NAPS (Núcleo de Atenção Psicossocial) em substituição ao manicômio supracitado (YASUI, 2006).

Também no ano de 1989 é apresentado o Projeto Lei nº 3567/89 do Deputado Paulo Delgado que dispunha sobre a extinção progressiva do manicômio e sua substituição por outros recursos assistenciais. Essa Lei somente seria aprovada em 2001, Lei Federal nº 10.216/2001, com sensíveis mudanças em relação ao projeto original. Contudo, trata-se de um marco jurídico-legal de suma importância para o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira.

A Reforma Psiquiátrica brasileira, contudo, não visa transformar somente as formas de assistência e cuidado à pessoa em sofrimento mental com a reestruturação de serviços, por exemplo. Antes de tudo, visa restituir ao paciente psiquiátrico o estatuto da cidadania, garantindo e respeitando direitos básicos e essenciais. Enquanto *processo social complexo* é também um processo que entrelaça dimensões simultâneas, especialmente em quatro frentes: epistemológica (teórico-conceitual); tecnológica (técnico-assistencial); jurídico-política e por fim sociocultural (AMARANTE, 2009).

Com a aprovação da Lei 10.216 em 2001, e com a Portaria MS nº 336/2002, que regula os CAPS, o Movimento da Reforma Psiquiátrica faz de sua luta uma política pública, inaugurando uma nova forma de cuidado e assistência às pessoas em sofrimento psíquico. Ao longo dos últimos quinze anos, outras portarias e programas do governo irão ratificar a nova postura do Estado brasileiro em relação à Saúde Mental.

### **3.3 Modelo de Atenção Psicossocial no SUS**

Faz-se necessário apresentarmos uma breve descrição de como se estrutura, atualmente, a Rede de Atenção Psicossocial no Brasil (RAPS), dentro do SUS. Não apenas como se estruturam seus serviços e dispositivos

de atenção, mas também a partir de quais preceitos, diretrizes, paradigmas e horizonte ético tal rede opera.

Quando falamos em *Atenção Psicossocial*, nos remetemos a uma mudança paradigmática. O modelo tradicional, amparado pelo paradigma biomédico, este, por sua vez, sob a égide das ciências naturais, pauta-se no princípio de doença/disfunção-cura e compreende, de maneira eminentemente orgânica, o processo saúde-doença, incluindo o sofrimento mental. Intervém, portanto, sobretudo sobre os sintomas, a partir do isolamento e intervenções bioquímicas: foca-se na “doença”, e não no sujeito.

O paradigma da Atenção Psicossocial, contudo, busca ampliar a compreensão que se tem do sofrimento mental e também transformar o campo técnico-assistencial na Saúde Mental.

A proposta de ação da EAPS exige a superação desse paradigma e sua substituição por um novo que seja capaz de se situar de modo afirmativo: um paradigma que situe a Saúde Mental no campo da Saúde Coletiva, compreendendo o processo saúde-doença como resultante de processos sociais complexos e que demandam uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e intersetorial, com a decorrente construção de uma diversidade de dispositivos territorializados de Atenção e de cuidado. Mais ainda, para esse novo paradigma, produção de saúde e produção de subjetividade estão entrelaçadas e são indissociáveis, o que traz como consequência a radical superação das relações sociais e intersubjetivas sintônicas com O Modo Capitalista de Produção, que é o alicerce do Paradigma Psiquiátrico Hospitalocêntrico Medicalizador. (YASUI & COSTA-ROSA, 2008, pg. 29).

É a partir do paradigma da Atenção Psicossocial que a Rede de Atenção Psicossocial irá se estruturar no SUS. Os equipamentos, serviços, dispositivos e estratégias de cuidado devem partir sempre deste novo paradigma, pedra basilar da política pública brasileira em Saúde Mental.

A RAPS (Rede de Atenção Psicossocial), organização mais recente da atenção em saúde mental do SUS, é instituída em 2011, sob a forma da Portaria MS/GM nº 3088/2011. A RAPS é dividida nos seguintes componentes: *Atenção Básica em Saúde; Atenção Psicossocial Estratégica; Atenção de*

*Urgência e Emergência; Atenção Residencial de Caráter Transitório; Atenção Hospitalar; Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial.*

O componente mais emblemático da RAPS são os CAPS. Serviços substitutivos ao manicômio, situam-se na comunidade e operam segundo os preceitos da Atenção Psicossocial, oferecendo um cuidado em saúde mental territorializado, que garanta e dê acessos a direitos além de oferecer dispositivos clínicos e terapêuticos.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de Reforma Psiquiátrica. (BRASIL, 2004c, pg. 9)

Ainda que a discussão aqui proposta envolva os CAPS e outros componentes da RAPS, é mais pertinente nos determos em um de seus componentes: *Atenção Básica em Saúde*.

Faz-se necessário o registro que o modelo de Atenção Psicossocial, como descrito acima, encontra-se sob forte ataque e com sinalizações recentes e evidentes que indicam sua reformulação com claro retrocesso, inclusive incluindo os leitos de hospitais psiquiátricos na RAPS, legitimando-os, novamente, enquanto recurso e dispositivo terapêutico. Se por um lado indicamos nessa discussão algumas fragilidades e pontos que necessitam de maior atenção dentro da RAPS, mais uma vez, e especialmente nos tempos atuais, a defesa do que já foi conquistado até agora – embasado em estudos e pesquisas que extrapolam com tranquilidade a crítica de um “modelo ideológico”, como atacam os setores conservadores – é essencial. A operacionalização de um paradigma e de uma estratégia de cuidado, como a Atenção Psicossocial deve estar sempre aberta a desenvolvimentos, novas pesquisas e outros desdobramentos. Contudo, seus princípios éticos e de

garantia de direitos humanos jamais podem ser flexibilizados, sob pena de mais uma vez sermos cúmplices e agentes de práticas de cuidado institucionalizantes, que negam o estatuto da cidadania e servem de artifícios para intenções espúrias, colocando-nos novamente enquanto agentes de obliteração da diferença e outras formas de existência, à serviço do Estado e setores conservativos da sociedade.

### **3.4 Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde**

Apresentaremos neste capítulo, de maneira sucinta, como se organiza e estrutura a Atenção Psicossocial na Atenção Básica em Saúde, e também discutiremos qual o papel do profissional da Psicologia nesse contexto, como se insere e como opera seu fazer cotidiano a partir das diretrizes propostas. Nesse sentido, faremos referência principalmente a duas produções: o *Caderno de Atenção Básica nº 34* (BRASIL, 2013a), que versa sobre Saúde Mental e a pesquisa *Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde* (CPF & CREPOP, 2010).

Justificamos a escolha desses dois materiais como aqueles que, a partir da revisão bibliográfica, mostraram preocupação com o *fazer prático e cotidiano* dos profissionais envolvidos com o cuidado em saúde mental, para além da discussão de conceitos, teorias e apontamentos históricos. Evidentemente, o resgate das noções epistemológicas, teóricas, técnicas, históricas e culturais são essenciais na formação e instrumentalização do profissional de saúde, especialmente no campo da saúde mental. Contudo, muito da produção encontrada sobre o tema não tem o intuito manifesto de oferecer ferramentas e discutir experiências ou formas concretas de atuação na Atenção Psicossocial no nível da Atenção Básica em Saúde.

Como discutimos anteriormente, a *Atenção Básica em Saúde* é um dos componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Este componente agrega os seguintes pontos de atenção: *Unidade Básica de Saúde (UBS)*, *Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)*, *Consultório na Rua*; *Apoio aos Serviços de Atenção Residencial de Caráter Transitório*; *Centros de Convivência e Cultura*

(BRASIL, 2013). Dois dos chamados pontos de atenção nos interessam fundamentalmente para a discussão aqui proposta: as Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou, como são chamadas na cidade de Campinas, Centros de Saúde (CS) e as equipes NASF.

O Caderno de Atenção Básica nº 34 é dedicado exclusivamente ao tema da Saúde Mental na Atenção Básica. Trata-se de um amplo material que apresenta de maneira bastante inteligível a política de Atenção à Saúde Mental no SUS. Passa por pontos históricos do processo da Reforma Psiquiátrica, discute conceitos chave como *território, cuidado, projeto terapêutico singular, crise, psicotrópicos*, dentre outros, e oferece também dispositivos e ferramentas para os profissionais de saúde em geral, instrumentalizando-os e sensibilizando-os para o cuidado em saúde mental na Atenção Básica. (BRASIL, 2013).

É um material bastante completo e oferece, de maneira prática e mais pragmática, formas de atuação para os profissionais em saúde. Dentro do paradigma da Clínica Ampliada (BRASIL, 2004a; CAMPOS, 2003), apresenta a ideia da *pessoa em sofrimento*, e da produção de vida, para além da doença. Em alguns pontos é bastante concreto, o que é necessário para o profissional sem formação específica em saúde mental, e também para aqueles já familiarizados ao campo.

Situado, como nos diz Yasui e Costa-Rosa (2008), no campo da Saúde Coletiva, essa forma de compreender o sofrimento mental, desde sua concepção até estratégias de cuidado e intervenções, o Caderno nº 34 aponta a complexidade do processo saúde-doença no caso da saúde mental, abarcando a relação entre os fatores socioeconômicos e culturais e a prevalência do sofrimento mental na população. As intervenções são pensadas no âmbito da produção de vida *apesar* da doença, desenvolvendo recursos e estratégias para lidar com o sofrimento *em conjunto* com o usuário e familiares. Esses dois fatores evidenciam a consonância entre a proposta do cuidado em Saúde Mental na Atenção Básica e o paradigma da Atenção Psicossocial, como discutimos anteriormente.

O Caderno também apresenta as noções de *rede*, *projeto terapêutico singular* e *profissional de referência* (BRASIL, 2013a) como articuladores do cuidado em saúde mental na atenção básica. A noção do *transtorno/sofrimento mental comum* (BRASIL, 2013, pg. 89; GAMA, 2011, pg. 43) é apresentada como forma de legitimar a necessidade de cuidado à saúde mental aos casos que seriam considerados “subclínicos” se analisados exclusivamente a partir do Código Internacional de Doenças (CID-10).

Pode-se dizer que o material descrito acima seja voltado, de maneira mais específica, para os profissionais da saúde que não tenham formação ou não estejam familiarizados com o tema da saúde mental. A ilustração dos conceitos e práticas com os “casos” evidencia o intuito pedagógico do material. Contudo, apresentar mais de duas décadas de avanços, intersecções e estudos no campo da saúde mental, em sua interface com os mais diversos campos do saber, é tarefa árdua. Os últimos capítulos do Caderno nº 34 tornam-se mais específicos e discutem intervenções, dispositivos clínicos e terapêuticos e também formas ou modalidades de atendimento para o profissional envolvido com o cuidado em saúde mental, na Atenção Básica.

No nível da Atenção Primária, especificamente nas Unidades Básicas de Saúde, espera-se que o profissional de saúde possa, a partir do *acolhimento* e *escuta qualificada* realizar uma *avaliação de risco* e *análise da demanda* (ONOCKO CAMPO & GAMA, 2010) priorizando intervenções de caráter multiprofissional, com ações comunitárias e territorializadas, favorecendo o vínculo entre a equipe de saúde e os usuários.

Há uma aposta no acolhimento, estabelecimento de vínculos e incentivo à responsabilização compartilhada dos casos como forma de combater a lógica do encaminhamento. Os princípios fundamentais são: Noção de território, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade/interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania construção da autonomia. (GAMA, 2011, pg. 37)

Visando à corresponsabilização e implicação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família com os casos de saúde mental, o dispositivo do

*Apoio Matricial* (Campos, 1999; Campos & Domitti, 2007; BRASIL 2004b, BRASIL, 2010) tem papel chave.

Campos e Domitti definem o apoio matricial:

O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumente a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. O apoio matricial busca personalizar os sistemas de referência e contra-referência, ao estimular e facilitar o contato direto entre referência encarregada do caso e especialista de apoio. (CAMPOS E DOMITTI, 2007, pg.401)

O dispositivo do apoio matricial, no atual modelo de atenção à saúde mental no SUS é operacionalizado, de maneira mais emblemática, pelas equipes NASF (Núcleo de Apoio À Saúde da Família). Criados em 2008 pela Portaria GM nº 154 (BRASIL, 2008), o NASF tem como principal objetivo:

Apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de ampliar a abrangência e o escopo das ações da Atenção Básica, e aumentar a resolutividade dela, reforçando os processos de territorialização e regionalização em saúde. (BRASIL, 2010, pg. 10)

Em sua interface com a Saúde Mental, reconhecendo a necessidade de apoio para os trabalhadores da saúde nessa especificidade, a portaria é categórica: pelo menos um profissional das Equipes NASF, em qualquer uma de suas diferentes modalidades, deve ser da área de saúde mental (BRASIL, 2010; GAMA 2011).

O profissional do NASF da área de saúde mental deve utilizar de estratégias de apoio matricial, como discussão de casos, atendimentos compartilhados, ações de articulação de rede e em último caso devem realizar atendimentos individuais, ou prover assistência direta ao usuário (BRASIL, 2010). Espera-se, dessa forma, que os profissionais das Equipes de Saúde da

Família possam, em um processo de educação permanente e longitudinal, corresponsabilizar-se pelos casos de saúde mental, recebendo apoio das Equipes NASF e outros dispositivos e serviços da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial).

### **3.5 Prevalência de Sofrimento Mental e Demanda por Suporte Especializado na Atenção Básica**

O Programa de Residência em Saúde Mental da UNICAMP propiciou uma inserção de dois anos na RAPS da cidade de Campinas. Mais especificamente, no segundo ano do curso, estive inserido em um Centro de Saúde (Unidade Básica de Saúde) da mesma cidade. Essa unidade é responsável pelo atendimento de aproximadamente trinta mil pessoas, com alto índice de SUS dependência, ou seja, uma população na qual o acesso à saúde se dá única e exclusivamente a partir do Sistema Único de Saúde, sendo essa unidade a porta de entrada do sistema para a população do território, inclusive, mas não exclusivamente, para a rede de saúde mental.

A demanda do território por suporte especializado em Saúde Mental é bastante evidente. Os casos de violência (doméstica, urbana, sexual) e as ideações ou tentativas de suicídio, para citar apenas estes, são muito frequentes. Outros casos que frequentemente mobilizam as ESF na busca de apoio do profissional da saúde mental são os transtornos de personalidade, os transtornos conversivos ou somatoformes e os casos com presença de sintomas psicóticos. Tais questões mobilizam as Equipes de Saúde da Família e as equipes de acolhimento no sentido de buscar apoio dos profissionais da Saúde Mental.

Os dados epidemiológicos referentes à saúde mental na atenção básica, ainda são incipientes. Se adotarmos os dados disponíveis internacionalmente, como faz o Ministério da Saúde, temos que:

3% da população apresentam transtornos mentais severos e persistentes, necessitando de cuidados contínuos, e mais 9 a 12% (totalizando cerca de 12 a 15% da população geral do País, em todas

as faixas etárias) apresentam transtornos mentais leves, que necessitam de cuidados eventuais. (BRASIL, 2010, pg. 34).

De acordo com esses dados, portanto, na região do Centro de Saúde que usamos aqui como exemplo, pode haver até novecentas pessoas com transtornos mentais severos e persistentes, e até três mil pessoas com transtornos mentais leves que em algum momento da vida necessitaram ou necessitarão de cuidados. Evidentemente essa transposição de dados gerais para um território específico exige cuidado e pesquisas consistentes.

Contudo, se consideramos a extrema precariedade socioeconômica, de oferta de lazer, espaços de circulação e comunitários do território em questão, os números já não parecem descabidos. Geralmente, os casos severos e crônicos, estão inseridos no CAPS de referência do Centro de Saúde. Já os casos graves, mas “estabilizados”, são acompanhados pelas ESF e Equipes NASF.

Temos que considerar também os casos ditos “subclínicos” quando avaliados exclusivamente pelos critérios diagnósticos presentes no CID-10 ou mesmo no DSM-IV. Nesse sentido, para as pesquisas epidemiológicas referentes à Saúde Mental na Atenção Básica, usa-se as noções de *Transtorno Mental Comum*, *Sofrimento Difuso* e *Transtorno Psiquiátrico Menor* (GAMA, 2011, pg. 43). O Transtorno Mental Comum é assim definido:

Se refere à situação de saúde de uma população com indivíduos que não preenchem os critérios formais para diagnósticos de depressão e/ou ansiedade segundo as classificações DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – Fourth Edition) e CID-10 (Classificação Internacional de Doenças – 10a Revisão), mas que apresentam sintomas proeminentes que trazem uma incapacitação funcional comparável ou até pior do que quadros crônicos já bem estabelecidos. (MARAGNO et al, pg. 1639)

Segundo Valla (2001, apud GAMA, 2011, pg. 43), Sofrimento Difuso é:

um quadro que apresenta queixas somáticas inespecíficas, tais como dores de cabeça e no corpo, insônia, nervosismo, problemas gástricos e estados de mal-estar não classificáveis nos diagnósticos médicos ou psiquiátricos, cujas múltiplas raízes podem se encontrar

nas relações sociais, familiares, laborativas ou econômicas. (VALLA, 2001, apud GAMA, 2011, pg.43)

Tais conceitos admitem correlação com os Determinantes Sociais em Saúde e consideram as perdas sociais e pessoais advindas desses quadros para a população. Como nos diz Maragno e colegas:

O principal achado deste trabalho é ter encontrado tanto nas áreas cobertas quanto nas áreas não cobertas pelo PSF uma associação significativa entre a ocorrência de casos suspeitos de TMC e os indicadores de desvantagem social. (MARAGNO et al, 2006, pg. 1644)

O Caderno de Atenção Básica destinado ao NASF (Brasil, 2010), faz o seguinte apanhado dos dados epidemiológicos referentes à Saúde Mental na Atenção Básica:

Entre os pacientes atendidos pela Atenção Primária, grande proporção apresenta transtornos mentais. Não há estudos que representem os índices de prevalência de problemas mentais no âmbito nacional, sendo necessário recorrer a várias pesquisas. Alguns estudos realizados nas comunidades atendidas pela Saúde da Família verificaram prevalências de transtorno mentais comuns que variam de 22,7% a 38%. Entre os pacientes que procuram as unidades de SF, estudos desde a década de 80 demonstram que grande proporção apresenta transtornos mentais, revelando que entre 33% e 56% dos pacientes atendidos, nesse nível assistencial, podem apresentar sintomas de transtornos mentais comuns. A prevalência encontrada de transtornos mentais comuns em equipes de SF na periferia de São Paulo foi de 24,95%, sendo que os grupos mais vulneráveis são os de mulheres, idosos, pessoas com baixa escolaridade e menor renda per capita. Em Pelotas (RS), a prevalência foi de 22,7%. Um estudo da OMS, divulgado em 2001, avaliou os problemas psicológicos na Atenção Primária e encontrou com maior frequência a coexistência de depressão e ansiedade. Há ainda evidências apontando que os sintomas físicos sem explicação médico persistentes também podem estar associados a questões de saúde mental. (BRASIL, 2010, pg. 35)

Ao longo destes dois anos, fica evidente uma especificidade da organização da Atenção Básica em Saúde da cidade de Campinas: a inserção de profissionais da Saúde Mental nas Equipes de Saúde da Família.

Na cidade de Campinas, por exemplo, os gestores optaram por inserir profissionais da área de Saúde Mental (psicólogos, psiquiatras, Terapeutas Ocupacionais), nas equipes do PSF. Desta forma, a população conta com atendimentos destes profissionais no nível primário. Sabemos que a maioria dos municípios não fez esta opção por questões orçamentárias e não possuem uma retaguarda especializada para atendimento de casos de saúde mental. (GAMA, 2011, pg. 39)

Atualmente, alguns desses profissionais da área da Saúde Mental estão compondo equipes NASF, como é o caso da unidade na qual estive inserido ao longo do ano. Não apenas no Centro de Saúde no qual estive alocado, constitui-se dado de realidade a experiência na qual profissionais da área de Saúde Mental, estejam eles inseridos no NASF ou não, dedicam boa parte de sua carga horária aos casos no qual o suporte especializado faz-se supostamente necessário. Isso ocorre das mais diversas formas, a depender da organização de cada unidade de saúde. Seja na forma de acolhimentos individuais, avaliação de risco, acompanhamento de crise, dentre outros. Entretanto, não é incomum encontrar profissionais que trabalham com agenda restrita e inflexível, criando uma fila de espera e demanda reprimida, processo de trabalho que atenta às diretrizes das políticas públicas de atenção à saúde mental no Brasil.

Essa constatação, da dedicação de horas dos profissionais para suporte especializado na área da saúde mental, é ratificada pela pesquisa *Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde* (CPF & CREPOP, 2013). Neste recorte profissional, dos profissionais psicólogos, essa questão se evidencia de maneira inequívoca. A pesquisa busca ser representativa dos profissionais psicólogos em todo o país, em sua inserção na Atenção Básica à Saúde. *Questionários, reuniões específicas e grupos fechados* (CFP & CREPOP, 2013, pg. 11) foram feitos nos Conselhos Regionais, e a pesquisa apresenta um panorama das práticas dos profissionais da Psicologia nesse contexto.

O item *Ações Desenvolvidas pelos(as) psicólogos(as)* transcreve os relatos dos profissionais inseridos nos diferentes grupos fechados e reuniões específicas da pesquisa:

Em relação à prática específica do psicólogo, foi possível observar que, *em sua maioria, a atuação está voltada para o exercício da clínica individual e grupal, tendo como principais recursos o “acolhimento” e a “escuta terapêutica”*. (...) Ainda relativos a essa prática e seus desdobramentos, foram apontados pelos participantes os seguintes procedimentos: Atendimento individual e em grupo; Discussão do cuidado com o usuário – humanização da atenção (psicóloga atuante na gestão); Processos de trabalho dos psicólogos na atenção básica (psicóloga atuante na gestão); Triagem; Acolhimento; Grupos psicoterápicos; Grupos de espera; Visita domiciliar; Palestras; Relatórios; Palestras educativas nas escolas; Grupo de orientação familiar, voltado para os pais; Grupo Qualidade de Vida; Grupo de adolescentes, adultos e terceira idade; Grupo de informação (em nível de patologia – agravo psíquico); Visita psicossocial; Apoio matricial; Palestra nas comunidades; Acolhimento em saúde mental (psicologia); Grupo Oficina (estágio em Psicologia) sob supervisão; Grupo TCC (estágio em Psicologia); Apresentações de grupos de teatro no posto; Bazar com produções dos grupos; Eventos de valorização de datas comemorativas (Dia das Mães, das Crianças, Natal, aniversários); Passeios e gincanas; Minipalestras nas UBS; Atendimento de urgência; Serviço de média complexidade. (GF CRP 03). (CRP & CREPOP, 2013, pg. 21, grifo do autor)

Apesar do amplo espectro de ações, como as relatadas acima e discutidas anteriormente em relação à inserção do psicólogo no contexto da Atenção Básica à Saúde, os profissionais reconhecem que o atendimento individual e grupal, a partir da escuta qualificada, ainda é um instrumento e dispositivo que ocupa lugar privilegiado em suas práticas cotidianas.

## 4. Discussão

### 4.1 Um Ponto Intermediário

Os dados relatados até o momento corroboram observações feitas ao longo da experiência enquanto Residente de Saúde Mental na cidade de Campinas. A articulação entre esses dois âmbitos parece reverberar a inquietação que me motivou a escrita do tema.

O que foi discutido até agora aponta dois fatos: a demanda para a Atenção em Saúde Mental é complexa e evidentemente presente no cotidiano das Unidades Básicas de Saúde. Aponta, também, que o profissional do núcleo da Psicologia segue realizando atendimentos individuais ou conta com outros dispositivos clínicos que visam acolher e oferecer cuidado às diversas demandas da população pela qual é responsável.

O atual modelo de Atenção Psicossocial opera sob a égide da *Interdisciplinaridade*, em um exercício contínuo e cotidiano em busca de uma forma de pensamento *Transdisciplinar*, pautado na noção de que a lida com um *objeto* ou *fenômeno complexo* exige que os profissionais envolvidos ultrapassem suas formações nucleares de caráter tecnicista. Tal noção é encarnada no NASF, que a partir do dispositivo do apoio matricial, como discutido anteriormente, pode capacitar e expandir as potencialidades dos profissionais de saúde no sentido de também participarem do cuidado de doenças que extrapolam sua formação acadêmica ou profissional, como é o caso da Saúde Mental, por excelência.

De acordo com Almeida Filho a transdisciplinaridade:

indica uma integração das disciplinas de um campo particular sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; estruturada em sistemas de vários níveis e com objetivos diversificados, sua coordenação é assegurada por referência a uma base de conhecimento comum, com tendência à horizontalização das relações interdisciplinares. (ALMEIDA FILHO, 2000, pg. 17).

Se considerarmos a noção de “integração” das disciplinas como parte da transdisciplinaridade, por consequência não advogamos pela negação das especificidades profissionais. Não se trata de “todos fazerem tudo”, o que muitas vezes se traduz em “ninguém fazer nada”; mas de compor, na lida cotidiana, um saber de contorno comum, que possa fazer frente à complexidade das questões de saúde mental.

Há, ao menos no recorte de experiência a partir do qual vivifico a discussão aqui proposta, uma enorme disparidade entre o que o modelo de apoio matricial e do NASF exigiriam em termos de recursos e aquilo que lhe é destinado. Recursos, estes, nos mais diversos âmbitos: humanos, na capacitação e formação profissional; condições e processos de trabalho, como correto dimensionamento das unidades de saúde de acordo com a população atendida; serviços e equipamentos de referência e rede de atenção em saúde mental; articulação interministerial com Assistência Social, Esportes, Cultura, Trabalho, etc...

Nesse sentido, mesmo quando há equipes NASF ou de Apoio Matricial trabalhando em conjunto com as equipes ESF no âmbito da Atenção Primária à Saúde, uma parte dos casos, aqueles considerados “não graves”, - sem indicação de trabalho conjunto com equipamentos especializados, como os CAPS - habitam uma espécie de “limbo” na Atenção à Saúde Mental. Tal situação se amplifica nos municípios que não dispõem de equipes NASF, Apoio Matricial ou profissionais da Saúde Mental, como nos diz Gama:

Assim, determinados casos que necessitam de um suporte especializado, mas não são considerados graves, ficam desassistidos. O desenho da rede de Saúde Mental de cada município dependerá de uma série de fatores relacionados aos recursos já existentes e as características singulares de cada localidade. (GAMA, 2011, pg. 39)

Pode-se aventar, dessa maneira, a noção de que é uma fragilidade do atual modelo de Atenção em Saúde Mental do SUS a falta de um *ponto intermediário* entre as ações das ESF, amparadas ou não pelas equipes NASF e os CAPS.

Além disso, no recorte de experiência aqui exposto, os CAPS da cidade de Campinas, sofrendo diversos cortes e reduções de orçamento, têm, cada vez mais, restringido a possibilidade da inserção de novos usuários, afunilando o chamado “*perfil de CAPS*”. Em discussões de matriciamento este perfil parece estar associado a pontos como gravidade ou intensidade dos sintomas, presença de rede de apoio ou familiar, autonomia do usuário, risco de suicídio ou a terceiros, comorbidades, situações de crise ou vulnerabilidade, dentre outros. O desenvolvimento de estratégias em conjunto entre as ESF e os CAPS também se encontra bastante prejudicado, o que exacerba o contexto de aumento da demanda direcionada às ESF ou de desassistência, como exposto anteriormente. Como nos diz Onocko-Campos e Gama:

No entanto, para os transtornos menos graves, percebe-se a ausência de uma política mais efetiva e o desafio de se construir uma rede de assistência competente, que tenha como horizonte a implantação de políticas públicas abrangentes na Saúde Mental. Na pesquisa avaliativa referida (Onocko Campos et al, 2005) um dos pontos em destaque foi a dificuldade da integração entre os Caps e a Atenção Básica. (ONOCKO CAMPOS & GAMA, 2008, pg 211)

É importante pontuar que falamos aqui da cidade de Campinas, com aproximadamente um milhão e trezentos mil habitantes, dispõe de seis CAPS III Adultos, dois CAPS AD II, dois CAPS AD III e três CAPS II IJ. Ou seja, é uma cidade com cobertura de Atenção à Saúde Mental bastante privilegiada, se comparada com outros municípios do país.

Assim, como demonstrado pela pesquisa *Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde* (CPF & CREPOP 2010) e corroborado pela experiência do autor, o profissional da Psicologia, quando presente na Atenção Básica à Saúde, torna-se ou assume a função de *ponto intermediário*, oferecendo, muitas vezes na forma de atendimentos individuais ou grupais, suporte especializado à determinada população.

Aqui são necessárias algumas considerações. Reconhecer que o profissional da Psicologia, em sua especificidade de núcleo e formação profissional, pode responder parcialmente às demandas relacionadas à Saúde Mental em seu território, não significa advogar por um retorno às práticas que

remetem à clínica individualista, de cunho liberal e autônomo. Tais práticas encontram-se muitas vezes amparadas por paradigmas ou epistemologias que não reconhecem os determinantes sociais no processo de saúde-doença e não compartilham da ideia de saúde mental enquanto processo de *produção de subjetividade* (DIMENSTEIN & MACEDO, 2012, pg.238)

Entretanto, é necessário também reconhecer que o dispositivo do *atendimento psicológico*, em sua forma grupal ou individual, é um dispositivo legítimo, e por vezes necessário, como buscamos demonstrar, a ser utilizado pelo profissional da psicologia no contexto da Saúde Coletiva. Entretanto, este não pode ser o único e nem mesmo seu principal instrumento. Ademais, se utilizado, não pode estar apartado e nem hermeticamente separado dos outros saberes, práticas e discursos que atravessam a Atenção Primária em Saúde. Ou seja, como qualquer outra prática de atenção à saúde, o dispositivo do atendimento psicológico ou suporte especializado em saúde mental deve estar submetido e articulado aos princípios éticos do SUS e às diretrizes da Atenção Psicossocial. Isso, contudo, não é tarefa fácil.

...o próprio padrão de funcionamento dos psicólogos no SUS tem sido alvo de duras críticas. A vasta literatura nacional vem caracterizando as práticas dos psicólogos nas instituições públicas de saúde, em particular, na rede de atenção primária e de saúde mental como permeada de dificuldades, limites e desafios no sentido de produzir novos modos de atuação condizentes com os princípios e as diretrizes do SUS e da Estratégia de Atenção Psicossocial. (DIMENSTEIN & MACEDO, 2012, pg. 238)

Portanto, o atendimento psicológico ou qualquer outra prática do profissional da psicologia no âmbito da Saúde Coletiva deve se dar a partir de uma espécie de corolário, colocado por Dimenstein e Macedo:

Dessa maneira os problemas, no âmbito do SUS, dizem respeito a uma complexa teia de determinação que envolve elementos macro e micropolíticos, indo além da prestação de práticas biomédicas e da oferta de serviços diversificados, dentre eles, o atendimento psicológico. Assim, é preciso voltar-se para uma dimensão ampliada que incorpora a complexidade subjetiva dos atores envolvidos,

pensar na saúde como produção de subjetividade. (DIMENSTEIN & MACEDO, 2012, pg. 238)

Decorre do exposto pelos autores que o atendimento psicológico ou o suporte especializado em saúde mental oferecido pelo profissional da Psicologia, não pode ser um fim em si mesmo e muito menos uma ação isolada. Deve ser antecedido por um acolhimento qualificado, avaliação de risco e discussão em equipe. Deve também ter pertinência dentro de um Projeto Terapêutico Singular, articulado e compartilhado com as ESF, que ofereça outros espaços de atenção e estratégias de cuidado. Inclui-se, aqui, a miríade de atividades oferecidas no contexto da Atenção Primária em Saúde, por profissionais psicólogos ou não. É imperativo também a construção e articulação de redes de atenção e entre os equipamentos de garantia de direitos e seguridade social do território.

O atendimento psicológico é deslocado de seu papel central no cuidado ao usuário, tornando-se mais uma estratégia ou dispositivo de cuidado e atenção no repertório do profissional. E quando pensado de maneira ampliada, revela seu potencial e pertinência no trabalho exigido pelo contexto do SUS e da população atendida.

Assim, quando falamos do trabalho do profissional da Psicologia no contexto da Atenção Primária em Saúde, especificamente no recorte do suporte especializado ou atendimento psicológico, alguns dispositivos e ações nos parecem imprescindíveis, como discutiremos sem pretensão de esgotar ou fechar tais questões.

#### **4.2 Balizamentos referentes ao suporte especializado em Psicologia no contexto da Atenção Primária em Saúde**

A grande demanda em Saúde Mental encontrada no contexto da Atenção Primária em Saúde pode ser esmagadora para o profissional da Psicologia ou profissionais da saúde mental em geral. Evidentemente, boa parte da demanda é bastante desqualificada, e cabe ao próprio profissional

desenvolver formas de qualifica-la a partir de dispositivos como o apoio matricial nas reuniões de ESF, discussões de caso, dentre outros.

Nesse sentido, alguns marcos referentes ao processo de trabalho e formas de assistência são imperativos se visamos articular, de maneira pertinente, a noção de um suporte especializado em psicologia e as diretrizes e organização do trabalho encontradas na Atenção Primária. Caso contrário, corremos o risco de “ambulatorizar” a prática e a assistência oferecida pelo profissional da Psicologia, corroborando, assim, com um paradigma de saúde mental que buscamos superar e que se mostra cada vez mais presentificado, como discutido anteriormente.

Falaremos primeiro do *acolhimento*, tanto por sua importância enquanto operador da porta de entrada do usuário nas Unidades Básicas de Saúde, quanto por sua centralidade na organização do processo de trabalho. Se o dispositivo do *acolhimento* em Saúde Mental não existe na Unidade, provavelmente encontraremos filas de espera, demanda reprimida ou ações pouco resolutivas.

Se associarmos este cenário à falta de uma *avaliação de risco* nos casos de saúde mental, produzimos uma combinação bastante desfavorável aos usuários, familiares e à comunidade.

É muito comum esta demanda (da saúde mental) estar reprimida, seja por ausência de profissionais capacitados para atendê-la, seja por falta de profissionais suficientes ou, muitas vezes, por existirem profissionais que tem uma concepção de intervenção e organização do trabalho muito inadequadas para o trabalho na saúde pública. Percebemos que diante desta questão, grande parte dos serviços adota a fila de espera e vão chamando os usuários na medida em que os profissionais têm disponibilidade. O grande problema deste tipo de organização é que não se faz avaliação de risco e desta maneira não se trabalha com os casos que deveriam ser prioridade por conta da gravidade. O dispositivo do acolhimento permite que todo usuário que demande um atendimento na área de saúde mental, seja ouvido de maneira mais profunda, por um profissional da área de saúde mental ou de outra área com capacitação e que o andamento do caso seja feito a partir de critérios pré definidos relacionados ao

risco, ao sofrimento e urgência do problema. Assim, é possível dar um primeiro amparo ao portador de sofrimento mental e a partir das informações colhidas hierarquizar e organizar o fluxo e o tipo de oferta de tratamento que o serviço realizará. (ONOCKO CAMPOS & GAMA, 2008, pg. 224)

O dispositivo do acolhimento, além de ser um princípio organizador do processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde, é também um balizamento ético-político, dentro do paradigma de uma clínica ampliada que ultrapassa a visão unicamente biomédica. O acolhimento é:

reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde. O acolhimento deve comparecer e sustentar a relação entre equipes/serviços e usuários populações. Como valor das práticas de saúde, o acolhimento é construído de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho e tem como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. (BRASIL, 2013c)

Neste sentido, qualquer profissional de saúde é passível de realizar um acolhimento no âmbito da saúde mental. Isso, contudo, não se dá sem entraves. Os atravessamentos do preconceito, do medo e desinformação, do mito da periculosidade, a desconfiança do “fingimento”, dentre outras, são defesas e posturas comumente encontradas nos profissionais da saúde que não tenham formação específica na área de saúde mental quando se deparam com tais questões. Assim, novamente se mostra imperativo a necessidade do Apoio Matricial, como aquele operado pelas equipes NASF, enquanto ferramenta de capacitação e educação continuada.

A avaliação de risco e o acolhimento estão amparados na postura do profissional que sustenta uma *escuta qualificada*, pois

Possibilita compreender o sofrimento psíquico a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. É instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, e no agenciamento de modos “menos endurecidos” de trabalho. (MAYNART et al, 2014, pg. 301)

A escuta qualificada permite que o sofrimento experimentado pelo usuário emergja a partir dele mesmo, organizado, compreendido e comunicado a partir de seus próprios referenciais. Além disso, está *atenta* às questões que possam aparecer nas entrelinhas desse discurso, realizando, quando possível e de forma conjunta, caso seja um primeiro encontro, um diagnóstico situacional.

Defendemos que os três pontos acima, o acolhimento e a avaliação de risco, amparados em uma escuta qualificada, devem se antepor a uma intervenção específica do núcleo da Psicologia na forma de um suporte especializado. Evitamos, assim, a criação dos cenários de demanda reprimida, reconhecendo que uma situação de crise na saúde mental é de fato uma emergência de saúde. O mesmo vale para os casos menos graves, nos quais um primeiro acolhimento pode produzir efeitos positivos e prevenir desdobramentos mais graves.

Se, contudo, há a possibilidade de suporte especializado do profissional da Psicologia, e em avaliação conjunta a equipe opta por oferecê-lo, é pertinente que se observe alguns cuidados. O profissional psicólogo deve compartilhar o caso com a ESF, evitando produzir uma forma de cuidado isolada, que fragmente as ações que visam à produção de saúde para determinada população ou usuário específico. Isso se faz, de maneira pragmática, no próprio cotidiano do trabalho, para além das ações de cunho mais “burocrático”, como a articulação de consultas médicas ou encaminhamento para especialidades. Ou seja, espaços privilegiados para tais compartilhamentos são as reuniões de equipe, nas quais é possível relatar as ações de saúde que estão sendo desenvolvidas, pensar em estratégias e em um PTS que abarque a totalidade do usuário em questão.

Outra forma bastante potente de compartilhamento de casos é prática compartilhada, o fazer conjunto. Por exemplo, oferecer ao usuário outras ofertas de cuidado que sejam coordenadas ou compartilhadas com outros profissionais da ESF, como grupos temáticos, práticas integrativas, eventos, etc...

Em suma, se há a possibilidade de atendimento psicológico na unidade de saúde, e há, também, observados os cuidados discutidos acima, indicação para tal, o profissional da psicologia não pode fazê-lo de maneira leviana. Deve afinar e articular suas práticas referentes ao suporte especializado em psicologia observando as diretrizes do SUS, pautado no paradigma da Atenção Psicossocial, respeitando e reforçando, assim, o modelo de Atenção em Saúde Mental proposto e ainda em voga no Brasil. Portanto, uma mera transposição de qualquer setting clínico-terapêutico, herdeiro de determinada abordagem ou escola da Psicologia, não será suficiente nem indicada, se isolada, para o contexto da Saúde Pública e Coletiva. O profissional deve, nesse sentido, ampliar sua clínica, reconhecendo sua posição de agente de produção de saúde e representante do Estado, ou seja, delegado de responsabilidade sanitária. Deve, portanto, respeitar e fazer valer as proposições das políticas públicas nacionais que visam garantir o status de cidadania e acesso aos direitos constitucionais assim postulados.

#### **4.3 Questões de sofrimento mental recorrentes na Atenção Primária e possíveis modalidades de intervenção**

Discutimos, até agora, a demanda de saúde mental cotidianamente encontrada nas Unidades Básicas de Saúde, sua pertinência e legitimidade, e o fato de que o profissional da saúde mental, nestes espaços, termina exercendo uma função de ponto intermediário. Este ponto intermediário é a área que encontramos entre as ações de saúde programáticas, preventivas ou coletivas relacionadas à saúde mental, observadas nas UBS e o cuidado mais intensivo, oferecido pelos CAPS.

Cabe pensarmos, agora, quais as ações possíveis e pertinentes ao contexto da Saúde Pública e Coletiva o profissional da psicologia pode exercer quando falamos de atendimento psicológico ou suporte especializado em saúde mental nestes contextos.

Contudo, não podemos correr o risco de sermos prescritivos. Aniquilaríamos, assim, a noção de um cuidado singular, que respeite os

diversos contextos e subjetividades encontradas em nosso país, tão distintos em suas peculiaridades, necessidades e precariedades, herdeiras, muitas vezes, da imensa desigualdade social em nosso país.

Devemos também reforçar a primazia do caráter de prevenção e promoção do trabalho em saúde da Atenção Primária, incluindo aqui o profissional da psicologia, ressaltando que a assistência direta, especialmente na forma de atendimentos psicológicos ou suporte especializado, deveria ser a exceção à regra.

Sem, contudo, nos fazermos cegos ou indiferentes aos fenômenos observados, vivenciados e também relatados e registrados na literatura, é necessário reconhecer que as formas de atendimento psicológico no contexto da Atenção Básica em saúde são questões em voga e nos convocam no sentido de uma compreensão e discussão mais aprofundada. Entretanto, poucos trabalhos publicados abordando diretamente este tema foram encontrados.

Como discutido anteriormente, o profissional da psicologia, no contexto aqui delimitado, estará, no momento que opta por realizar um atendimento psicológico, atravessado por diversas questões. Entretanto, algumas formas de assistência e organização do trabalho são simplesmente incompatíveis com o atual modelo de Atenção em Saúde, considerando também a alta demanda relacionada à saúde mental.

Concordamos com outros autores (BRASIL, 2013; ONOCKO-CAMPOS & GAMA, 2008) quando apontam algumas modalidades e formas de suporte especializado que o profissional da Psicologia pode oferecer no contexto da Saúde Pública e Coletiva no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Alguns dispositivos como as *Terapias Breves*, *Intervenções Breves na Crise*; *Mediação de Conflitos*, *Dispositivos Grupais* parecem responder a algumas das demandas em saúde mental encontradas na Atenção Primária. Atendimentos psicológicos na linha daqueles realizados nos CAPS, como Técnicos de Referência (BRASIL, 2004; FURTADO & MIRANDA, 2006), também têm pertinência no âmbito da Atenção Primária em Saúde, pois a partir do vínculo inicial, visam aumentar a resolutividade e a qualidade do atendimento prestado

(MANICA & TESSMER, 2007). Isso se dá, de maneira prática, com atendimentos que buscam orientar, aumentar a capacidade de compreensão do usuário acerca de seu problema e também seu repertório para intervir em sua própria condição e também com articulações concretas, como articulações de rede ou outros atores envolvidos no caso.

Estes dispositivos, além de demonstrarem afinação com a forma pela qual o processo de trabalho é organizado nas Unidades Básicas de Saúde, já são amplamente utilizados pelos profissionais da Psicologia em sua inserção no âmbito da Atenção Primária em Saúde (CREPOP & CFP, 2013).

Nesse sentido, descreveremos brevemente algumas estratégias de cuidado articuladas no âmbito da atenção em saúde mental na Atenção Básica. Tais estratégias foram realizadas em um Centro de Saúde da região Sudoeste da cidade de Campinas, configurado enquanto campo de prática para a Residência em Saúde Mental da UNICAMP.

Falaremos, portanto, a partir deste recorte de experiência: uma unidade que atende aproximadamente vinte e oito mil pessoas, dispõe de quatro Equipes de Saúde da Família e recebe apoio de uma equipe NASF, que conta com psiquiatria, psicologia, terapia ocupacional, farmácia e fisioterapia. Os casos relacionados à saúde mental eram discutidos semanalmente nas reuniões das ESF. Nos casos de menor gravidade, as equipes articulavam, a partir do matriciamento, ações de saúde pertinentes ao caso, como inserções em grupos, atendimentos médicos ou psiquiátricos, encaminhamento para outros dispositivos, etc...

Alguns casos, contudo, mobilizavam as equipes no sentido de endereçar os usuários para atendimento especializado, como psicológico. Estes casos geralmente exigem uma intensa articulação intersetorial e intra e interinstitucional. Ao longo deste ano, pudemos perceber que as questões que envolviam ingestão de medicação/tentativas de suicídio, crises, uso abusivo de substâncias, quadros de saúde mental relativos à violência sexual ou urbana e, por fim, casos envolvendo sintomas psicossomáticos, eram aquelas que mais faziam com que os profissionais das ESF buscassem apoio do profissional da Psicologia.

Nesses momentos, o esforço era qualificar tais fluxos e criar um arranjo que propiciasse a co-responsabilização em detrimento ao “encaminhamento interno”, pura e simplesmente. Descreveremos dois casos e como foram pensadas as estratégias de atenção para os mesmos. Em ambos os casos, fez-se necessário o suporte especializado em saúde mental, realizado por profissionais da Psicologia.

a) Caso O.

O., 28 anos, mãe de dois filhos, chegou à unidade em busca de acolhimento, e foi atendida por uma profissional da enfermagem. Relata à enfermeira que se sente muito deprimida, sem vontade, energia e com dificuldade para cuidar do filho recém nascido. Atenta aos fatores de risco, a enfermeira discute o caso em reunião de equipe.

Na discussão, a equipe opta por oferecer um primeiro atendimento psicológico na forma de acolhimento, para compreender melhor o caso e pensar, posteriormente, outras ofertas de cuidado. Nesse momento, ainda não estava delineada nenhuma forma ou modalidade específica de atendimento por parte do profissional psicólogo.

Já no primeiro atendimento a paciente relata dificuldade de estar próxima ao filho, alimentá-lo, refere “irritação” com o choro, e outros fatores. Conta também sua história de vida, fala de seu primeiro parto, há doze anos, e como, em sua visão, sempre teve dificuldade de desempenhar seu papel de mãe. Estes e outros fatores indicam a necessidade terapia farmacológica (antidepressivos) concomitante ao suporte especializado e outras ofertas de cuidado. Isso é articulado já neste primeiro atendimento, em atendimento médico compartilhado com o profissional da psicologia.

Já no segundo encontro a paciente relata alucinações auditivas com voz de comando. As vozes diziam para que ela machucasse o filho, eram depreciativas e lhe diziam que ela jamais seria boa mãe, que mais uma vez iria colocar tudo a perder. Essa vivência assustava bastante a paciente, que se encontrava cada vez mais debilitada. Se pensássemos exclusivamente pela gravidade sintomática do caso em questão, pensaríamos em uma inserção em

um serviço de referência, como o CAPS. A paciente, contudo, mostrava-se relutante e a própria ESF avaliava que tal arranjo poderia ser iatrogênico. À usuária. Outro arranjo se fazia necessário.

Ficou acordado, portanto, em reunião de equipe, que o profissional da Psicologia seguiria com os atendimentos semanais no decorrer do período de intensificação do sofrimento e dos sintomas da usuária, amparado, também semanalmente, por consultas médicas que visavam manejar a prescrição farmacológica, atentando-se aos efeitos positivos ou colaterais de tais medicamentos. Concomitantemente, a ESF realizou conversas com os familiares da usuária, especialmente o marido, esclarecendo algumas questões que traziam grande ansiedade para a família.

Citamos este caso, pois pensamos que este ilustra a possibilidade de uma *Intervenção Breve na Crise*, no âmbito da Atenção Primária em Saúde, realizado pela ESF e pelo profissional da Psicologia, em trabalho conjunto. Ressaltamos também que os momentos que antevêm o suporte especializado *per se* foram observados, ou seja, a avaliação de risco e um primeiro acolhimento realizado por um profissional da ESF de referência da usuária.

#### b) Caso R.

R, 38 anos, chegou à unidade buscando atendimento quatro meses após a morte violenta de seu filho primogênito, à altura com dezenove anos. O rapaz estava dirigindo uma motocicleta sem documentação e após não obedecer a uma ordem de bloqueio da polícia, foi baleado pelas costas vindo a falecer. R. tinha no filho um parceiro, não apenas para as tarefas domésticas (R. tem mais dois filhos de nove e onze anos) mas também compartilhavam círculo de amizades e atividades de lazer. R. queixava-se de humor deprimido, não realizava mais atividades de vida diária e estava com dificuldades para cuidar dos outros filhos.

O primeiro acolhimento foi feito por uma profissional da Enfermagem que aventou a possibilidade da indicação de um dispositivo grupal, um grupo apenas de mulheres, que acontece na unidade há mais de dez anos, sendo

coordenado pelo psicólogo. A enfermeira da ESF levou o caso para o matriciamento com equipe NASF, e a indicação do grupo parecia satisfazer a todos os profissionais, e seria submetida à usuária. Contudo, iniciou-se uma discussão encabeçada pelas Agentes de Saúde, questionando se o garoto teria tido “culpa” ou não, visto que “*todos os moleques sabem como é a polícia aqui no bairro...*”. Isso suscitou na equipe, a partir da fala de uma das agentes, a possibilidade de que esse tema fosse levantado no grupo, e levando em consideração a fragilidade da usuária neste momento, optou-se por um acolhimento individual feito pelo psicólogo.

Após o primeiro acolhimento feito psicólogo, pareceu pertinente a oferta de uma *Psicoterapia Breve*, pactuando, previamente, o número de encontros que teríamos. A usuária aceitou e ficou acordado que seriam feitos oito encontros. O tema do luto em relação ao filho primogênito era bastante presente. Contudo, no decorrer dos encontros a usuária não falava apenas da perda do filho em si, mas também de tudo aquilo que junto com ele teria se encerrado, uma possível forma sua de se estar no mundo, na visão da usuária, havia sido arruinada. Isso foi possível permitindo

...livre curso às associações do paciente, sem determinar previamente o problema consciente a ser tratado e sem exigir do terapeuta uma atitude particularmente ativa. Pedimos a este último que adotasse, se possível como em psicanálise, uma atitude de atenção flutuante e não mais uma atenção focalizada. (GILLIÉRON, 1986, pg. 29)

Já próximo do fim dos encontros a usuária relata sobre um dos outros filhos, que vem recebendo reclamações da escola, com atitude sempre opositora, agitação, dentre outras questões. Refere também que este filho manda mensagens para amigos do irmão, com fotos deste, dizendo sentir saudades. Ao final dos oito encontros previamente acordados, foi oferecido à usuária a participação de seu filho no grupo de crianças, realizado na unidade de saúde e que tem como condicional a participação de um responsável no grupo de pais.

Descrevemos este caso pois pensamos que este ilustra a possibilidade de um suporte especializado em saúde mental, no âmbito da Atenção

Primária em Saúde, que não esteja desvinculado ou apartado do trabalho em equipe e das diretrizes do paradigma da Atenção Psicossocial.

## 5. Considerações Finais

A inserção do agente da Psicologia no contexto da Saúde Pública e Coletiva, especialmente no que tange a Atenção Psicossocial no âmbito da Atenção Primária em Saúde, é relativamente recente, se compararmos com a tradição secular à qual remonta a Psicologia, em sua configuração liberalista e individual. Archanjo e Schraiber fazem a seguinte distinção:

Para os psicólogos, embora com distintas conotações sócio-profissionais, ao que se chamou de *Psicologia Clínica Liberal* – marcada pela produção independente de serviços no consultório particular e por características bastante pessoais do profissional nessa produção –, surge em acréscimo no mercado de trabalho o que chamaremos de *Psicologia Clínica Institucional* – marcada pela produção da assistência em estabelecimentos da rede institucional de serviços do setor público. (ARCHANJO E SCHRAIBER, 2012, pg. 355)

A tensão existente entre as práticas clínicas e as práticas sanitárias exige do agente da Psicologia um constante exercício de crítica e articulação entre saberes. Caso contrário, pode-se incorrer em dois possíveis riscos: por um lado, uma espécie de negação da clínica, na qual o saber produzido pela prática clínica, nas diversas abordagens, é visto como identitário e representativo de determinada classe da sociedade e, portanto, incompatível com demandas e formas de subjetivação encontradas em outros contextos ou populações. Por outro lado, o profissional, defendendo-se de tal tensionamento, pode, ingenuamente, praticar uma transposição do trabalho clínico tradicional, em consultório, para o contexto no qual se encontra. Opção que como discutimos anteriormente, também se mostra incompatível com a Atenção em Saúde Mental no âmbito da Atenção Primária em Saúde.

Entre os dois polos, retornando à noção de um ponto intermediário, é possível uma prática, na forma de suporte especializado, que esteja em consonância com a instituição na qual ela se realiza.

Ainda que por vezes a lógica que impere entre os profissionais e serviços de saúde, bem como entre usuários, seja a de que o profissional da

psicologia trabalha exclusivamente em consultório – o que é corroborado por alguns profissionais – podemos, e devemos, atuar nessas demandas, mas transformando-as . Ou seja, atuar na forma de um suporte especializado, que pode remeter às práticas em Psicologia as quais buscamos superar, não significa, necessariamente, um desalinhamento em relação ao paradigma da Atenção Psicossocial.

Archanjo e Schraiber, usando as noções de *Instituído e Instituinte*, de Loureau (1993), comentam:

...diversos pontos de tensão que, apesar de vivenciados por várias das participantes como formas instituídas limitadoras das ações, nesse estudo foram percebidos também como mobilizadores de reflexão e de críticas em relação às práticas e seus pressupostos e, nesse sentido, assumindo um caráter instituinte. A nosso ver, a tensão é justamente o que está entre essas duas dimensões da mesma experiência e, por isso, não é só imobilidade, mas também ato criativo e de transformação. (ARCHANJO E SCHRAIBER, 2012, pg. 357).

É então, novamente neste ponto intermediário de tensionamento, tracionado para lados opostos, por linhas de força quase antagônicas, que habita o agente da Psicologia no contexto da Atenção em Saúde Mental no âmbito da Atenção Primária em Saúde. Na tensão entre o sanitarismo e a clínica, entre o curativo e o preventivo, entre as ações coletivas e o suporte especializado é que se faz o profissional psicólogo.

O tensionamento, ainda que exaustivo, é salutar, desde que usemos seu momento enquanto um vetor de força que nos direcione. Apesar das inúmeras aflições e questionamentos vivenciados enquanto habitava a posição intermediária, ao longo de minha experiência como residente pude ter certeza que enquanto mantivesse uma postura crítica e reflexiva, diminuiria os riscos de assumir um polo estático, de absoluto equilíbrio. Observamos tal postura em diversos profissionais, que apesar de apresentarem algum “movimento aparente” à primeira vista, uma análise mais profunda demonstrava que se tratava apenas de inércia: um fazer robótico, as forças se anulando mutuamente.

Manter vivos os questionamentos, buscar práticas e formas de intervenção que ratifiquem os paradigmas e valores éticos que defendemos é, talvez, um horizonte seguro a partir do qual o agente da psicologia possa navegar.

## Referências Bibliográficas

ALMEIDA FILHO, N. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. **Revista de Administração Pública**, 2000; pg. 11-34.

AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

AMARANTE, P.. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, 1, ago. 2011. Disponível em: <<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/998/1107>>. Acessado pela última vez em 26 Jan. 2018

AMORIN, S. M. F. (2003). Loucura, política e ética: a formação do psicólogo em questão. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Loucura, ética e política**: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo. p. 220-229.

ARCHANJO, Auryana Maria; SCHRAIBER, Lilia Blima. A atuação dos psicólogos em unidades básicas de saúde na cidade de São Paulo. **Saúde e Sociedade**., São Paulo ,v. 21, n. 2, p. 351-363, Junho 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902012000200009&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000200009&lng=en&nrm=iso)>. Acessado pela última vez em 26 Jan. 2018

BERNARDES, Jefferson de Souza. O debate atual sobre a formação em psicologia no Brasil: análise de documentos de domínio público. **Estudos Pesquisa em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 127-134, Julho de 2003. Disponível em

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812003000200009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812003000200009&lng=pt&nrm=iso). Acessado pela última vez em 24 jan. 2018.

BOCK, Ana Mercês Bahia. Formação do psicólogo: um debate a partir do significado do fenômeno psicológico. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.17, n. 2, p. 37-42, 1997 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98931997000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931997000200006&lng=en&nrm=iso). Acessado pela última vez em: 19 Nov. 2017

BOCK, Ana Mercês Bahia et al . Sílvia Lane e o projeto do "Compromisso Social da Psicologia". **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. spe2, p. 46-56, 2007. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-71822007000500018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000500018&lng=en&nrm=iso)>. Acessado pela última vez em 23 Jan. 2018

BORGES, Camila F.; BAPTISTA, Tatiana W. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000200025&lng=en&nrm=iso)>. Acessado pela última vez em 19 Nov. 2017.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 336/GM/MS** de 2002.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica Ampliada**, 2004a

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Equipe de Referência e Apoio Matricial**, 2004b

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde Mental no SUS**: os Centros de Atenção Psicossocial. 2004c

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica**, 27, 2010

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de Atenção Básica**, 34, 2013a

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Conheça a RAPS**: Rede de Atenção Psicossocial. 2013b

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Humanização**. 2013c

CAMPOS, GWS. GUERRERO, AVP. **Manual de práticas da atenção básica**. Saúde ampliada e compartilhada. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010. 411 pp.

CAMPOS. G.W.S. (2003). **Saúde Paidéia**. São Paulo: Editora Hucitec.

CAMPOS, GWS; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.2, pp.399-407. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso)>

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA & CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS. **Práticas Profissionais De Psicólogos E Psicólogas Na Atenção Básica À Saúde**, Brasília, Brasil, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **PSICOLOGIA: UMA PROFISSÃO DE MUITAS E DIFERENTES MULHERES**. Conselho Federal de Psicologia. Brasília. CFP, 2013(a)

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referência Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS**. Brasília: CFP, 2013(b)

DIMENSTEIN, Magda. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal , v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X1998000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X1998000100004&lng=en&nrm=iso)>. Acessado pela última vez em 23 Jan. 2018

DIMENSTEIN, Magda. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal , v. 5, n. 1, p. 95-121, 2000. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2000000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2000000100006&lng=en&nrm=iso)>. Acessado pela última vez em 24 Jan. 2018

DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 32, n.spe, p. 232-245, 2012 . Disponível em

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932012000500017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500017&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em 23 Jan. 2018

FURTADO, Juarez Pereira; MIRANDA, Lílian. O dispositivo “técnicos de referência” nos equipamentos substitutivos em saúde mental e o uso da psicanálise winnicottiana. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental.**, São Paulo , v. 9, n. 3, p. 508-524, 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-47142006000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-47142006000300010&lng=en&nrm=iso)>. Acessado pela última vez em 23 Jan. 2018.

Gama, C. A. P. (2011). **Saúde mental na atenção básica: as relações entre a Subjetividade e o Território** (Tese de doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual de Campinas – Unicamp.

GILLIÉRON, E. **As psicoterapias breves**. Tradução de Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1986

JORGE, Miguel R; FRANCA, Josimar MF. A Associação Brasileira de Psiquiatria e a Reforma da Assistência Psiquiátrica no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 3-6, 2001 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44462001000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462001000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acessado pela última vez em 19 Nov. 2017.

LOURAU, R. **Análise institucional e práticas de pesquisa**. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

LISBOA, F.S.; BARBOSA, A.J.G. Formação em Psicologia no Brasil: um perfil dos cursos de graduação. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 29, n. 4, p. 718-737, 2009 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932009000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932009000400006&lng=en&nrm=iso)>. Acessado pela última vez em 19 Nov. 2017.

MANICA, Giselle; TESSMER, Liz. Terapeuta de referência: uma visão referenciada por profissionais da Saúde Mental. **Psicologia Hospitalar (São Paulo)**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 89-111, 2007 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092007000200007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092007000200007&lng=pt&nrm=iso)>. Acessado pela última vez em 23 jan. 2018.

MARAGNO, Luciana et al . Prevalência de transtornos mentais comuns em populações atendidas pelo Programa Saúde da Família (QUALIS) no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1639-1648, 2006 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006000800012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800012&lng=en&nrm=iso)>. Acessado pela última vez em 23 Jan. 2018

MAYNART, Willams Henrique da Costa et al . A escuta qualificada e o acolhimento na atenção psicossocial. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo, v. 27, n. 4, p. 300-304, 2014 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acessado pela última vez em 24 Jan. de 2018

ONOCKO CAMPOS, R.; GAMA, Carlos. Saúde mental na atenção básica. In: Campos GWS, Guerrero AVP, (Org.). **Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, p. 209-35, 2008.

ROSA, Elisa Zaneratto. **Por uma Reforma Psiquiátrica Antimanicomial: o papel estratégico da Atenção Básica para um projeto de transformação social.** 2016. 380 f. Tese (Doutorado em Psicologia: Psicologia Social) - Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2016.

SA, Evelin Naked de Castro. **Análise de uma organização pública complexa no setor saúde: o conjunto Juqueri, no estado de São Paulo.** 1983. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1983.

SPREJER, P. **Tragédia Silenciosa.** Disponível em <  
<http://blogs.oglobo.globo.com/prosa/post/tragedia-silenciosa-500126.html>>.  
Acesso em: 25/02/2018

TENORIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, 2002 . Disponível em <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100003&lng=en&nrm=iso)> Acessado pela última vez em 19 Nov. 2017.

TONIAL, F. A. L. **Uma análise documental da formação em psicologia no Brasil: desdobramentos da reforma curricular dos anos de 1990.** 2014. 215f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Florianópolis.

Valla, VV. Globalização e Saúde no Brasil: a busca da sobrevivência pelas classes populares via questão religiosa. In: **A saúde nas palavras e nos gestos**. Org. Vasconcelos EM. Hucitec, 2001.

YASUI, S. (2006). **Rupturas e encontros**: desafios da reforma psiquiátrica brasileira. Tese de Doutorado, Curso de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

YASUI, S., & Costa-Rosa, A. (2008). A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, 32(78/79/80), 27-37.