



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

Faculdade de Ciências Médicas

Felipe Guedes da Silva

**Os desafios do fazer compartilhado do Psicólogo na Atenção Primária à Saúde:
trânsitos entre núcleo e campo**

Campinas
2018

Felipe Guedes da Silva

**Os desafios do fazer compartilhado do Psicólogo na Atenção Primária à Saúde:
trânsitos entre núcleo e campo**

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

Este exemplar corresponde à versão final da monografia apresentada pelo aluno Felipe Guedes da Silva e orientada pelo Prof. Dr. Bruno F. Emerich.

Campinas
2018

Resumo:

Trata-se de um relato de experiência que, a partir do cotidiano de um psicólogo residente em Saúde Mental inserido na Atenção Primária à Saúde (APS), pretende pôr em questão os impasses e desafios do fazer do Psicólogo em um Centro de Saúde. Para isso, busca analisar o lugar do fazer clínico no campo da Psicologia e na Saúde Coletiva e os atravessamentos dessa prática na maneira como está estruturado o trabalho do psicólogo cotidiano do Sistema Único de Saúde. Colocando em perspectiva o lugar recebido pela subjetividade no campo da Biomedicina e na própria Saúde coletiva, o presente trabalho propõe uma abordagem diversificada diante das muitas demandas que exigem a intervenção do psicólogo na APS, o trabalho também pretende assinalar possíveis contribuições da Psicologia para práticas consolidadas como da alçada da Equipe de Saúde da Família, tal como é o cuidado aos pacientes portadores de doenças crônicas. Ao final, é apontado que a conformação do trabalho do psicólogo na atenção primária à saúde quando estabelecida de modo a garantir o atendimento das demandas a partir de enfoques coletivos e individuais pode contribuir para combater abordagens reducionistas e apoiar as equipes a lidar com a complexidade que muitas vezes atravessa o processo saúde-doença-cuidado, além de ser útil na consolidação de modelo de atenção alinhado com as propostas da Reforma Psiquiátrica.

Abstract:

This is an experience report that, from the daily life of a psychologist residing in Mental Health inserted in the Primary Health Care (PHC), intends to question the impasses and challenges of doing the Psychologist in a Health Center. For this, analyze the place of the clinical practice in the field of Psychology and Collective Health and the crossings of this practice in the way the work of the daily psychologist of the Sistema Único de Saúde is structured. Putting into perspective the place received by subjectivity in the field of Biomedicine and in collective health itself, the present work proposes a diversified approach to the many demands that require the psychologist's intervention in PHC, the paper also intends to point out possible contributions of Psychology to consolidated practices as the responsibility of the Family Health Team, as is care for patients with chronic diseases. Finally, it is pointed out that the conformation of the psychologist's work in the primary health care when established so as to guarantee the fulfillment of the demands from collective and individual approaches can contribute to combat reductionist approaches and to support the health professionals to deal with the complexity that often crosses the health-illness-care process, besides being useful in the consolidation of care model aligned with the proposals of the Psychiatric Reform.

Sumário

1. Introdução	5
2. Discussão	9
2.1 O núcleo da Psicologia em questão	11
2.2 Uma experiência de campo: contribuições da Psicologia no Grupo HiperDia....	24
3. Considerações finais	35
Referências	40

1. Introdução

Desde 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem sido utilizada como modelo prioritário de organização da Atenção Primária à Saúde (APS), funcionando como forma quase exclusiva de organização para a maior parte do país. Apesar da ESF ser um modelo já consolidado na maior parte do território nacional, em alguns lugares, tal como Campinas, o modelo de Atenção Primária utilizado não segue à risca as diretrizes nacionais. O modelo de Atenção Paideia implantado na cidade a partir de 2001 prevê a presença de médicos especialistas, tais como pediatra e ginecologista, ao lado médico generalista e também passa a incorporar os profissionais de saúde mental que já atuavam na rede de Atenção Primária da cidade, desde a sua criação em 1973 (Lopes, 2015). Em parte das unidades, estes profissionais conformam uma equipe de saúde mental, com psicólogo, terapeuta ocupacional e psiquiatra, apesar de não ser incomum a presença apenas do Psicólogo como representante da Saúde Mental em algumas unidades.

Enquanto na cidade do interior paulista a presença dos profissionais de Psicologia no cotidiano da Atenção Básica é antiga, na maior parte do país a entrada dos psicólogos é recente. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família surge com a proposta de prestar apoio especializado aos profissionais da Atenção Primária em nove áreas, sendo a Saúde Mental uma delas (BRASIL, 2008). Ocupando a posição de apoiador ligado ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou como profissional inserido diretamente na equipe, o Psicólogo tem sido convocado a responder uma série de demandas que se apresentam no cotidiano das Unidades de Saúde.

Seja inserido no “modelo Paideia” ou como membro do NASF, o trabalho do psicólogo no Centro de Saúde sempre está às voltas com a tensão sobre quando receber os encaminhamentos trazidos pelas equipes; quais situações são específicas da saúde mental e quais delas a própria EqSF poderia dar conta; quais os limites das intervenções em Saúde Mental produzidas pelas EqSF; quando um caso requer uma intervenção especializada apenas; o que fazer para aumentar a capacidade das EqSF lidarem com os casos de saúde mental. Em suma, muitas das problemáticas que envolvem o trabalho do psicólogo na atenção primária perpassam a tensão existente “entre o especialismo e o apoio” (Sousa et al, 2015).

Pacientes com sintomas ansiosos ou depressivos, tentativas de suicídio, queixas escolares, problemas relacionados ao desenvolvimento neuropsicomotor, uso abusivo de álcool e outras drogas, situações de violência familiar, etc., são muitas as questões endereçadas ao Psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. O alto número de demandas torna imprescindível que parte a equipe de saúde da família possa se apropriar pouco a pouco dos casos de Saúde Mental. “A magnitude epidemiológica dos casos de saúde mental” inclusive é o argumento utilizado pela Portaria GM 154/2008 (Brasil, 2008) que institui os NASF para recomendar a presença de, no mínimo, um profissional de Saúde Mental em cada Núcleo.

Tão elevado quanto o número de demandas são os debates em torno das ações desempenhadas pelo profissional de Psicologia nesse contexto. Se por um lado, são muitas as críticas ao modelo de atendimento individual ligado originalmente ao consultório particular (Dimenstein, 2000), por outro são muitas as dificuldades na definição das práticas concernentes ao núcleo da Psicologia quando inserido na Atenção Primária à Saúde.

De antemão, é possível argumentar que a presença constante do psicólogo nos centros de saúde como um profissional da saúde mental tem colocado uma tensão sobre o seu lugar na equipe de saúde, revelada a partir da dúvida entre: aceitar os encaminhamentos feitos pela própria equipe, como feito a um serviço especializado de saúde; ou se permitir apenas o trabalho compartilhado? A nossa expectativa é de que colocar em questão as ações cotidianas do psicólogo ajude-nos a produzir algumas pistas sobre tal questão.

Dimenstein e Macedo (2012) apontam dois aspectos que seriam fundamentais para a compreensão do papel do psicólogo no SUS: o primeiro deles aponta que a entrada do profissional de psicologia nas equipes e nos serviços de saúde não se traduziu em alterações significativas das práticas da própria categoria nem nos atos dos demais profissionais, permanecendo uma lógica biologizante e mecanizada da vida, que assume um “caráter prescritivo em termos dos modos de existência” (p. 237); já o segundo aspecto tem a ver com a necessidade de um profissional capaz de intervir em uma dimensão ética, que coloca as práticas em análise, indo além de uma dimensão puramente técnica, mas produzindo questionamentos sobre as práticas e os “modos de organização, gestão e subjetivação nos serviços de saúde” (p. 238).

Estas duas lógicas conflitantes coabitam a prática dos profissionais de Psicologia inseridos na atenção primária, no entanto, elas estão longe de serem apenas prerrogativas dos psicólogos. De muitas formas, a divisão entre intervenções puramente técnicas, na maioria das vezes autoritárias, guiadas por pressupostos medicalizantes e aquelas que buscam colocar em questão a dimensão ética das práticas, atentando para a produção de sujeitos autônomos, está presente nas práticas de muitos profissionais de saúde. Por isso, é uma importante chave para analisar as práticas não apenas dos psicólogos, mas também do modo de conformação das ações na Atenção Primária à Saúde.

O próprio campo da Saúde Coletiva surge com a proposta de substituir o paradigma biomédico até então hegemônico na produção de saberes e práticas no setor saúde. Tendo como referência o modelo de “história natural da doença”, as práticas biomédicas operavam a partir de um reducionismo que tendia a desconsiderar os determinantes sociais da saúde e a dimensão subjetiva, postulando então um fazer fragmentado. É bom lembrar também que parte dos alicerces da Saúde Coletiva deriva não só da crítica ao modelo biomédico, mas também ao modelo da velha saúde pública, que repetia muitas vezes uma visão fragmentária e objetivizante embora tivesse “o social” como alvo das suas análises e intervenções (Paim e Almeida-Filho, 1998).

A Saúde Coletiva, no entanto, não é um campo homogêneo e algumas posições divergentes ainda se mantêm. Carvalho (2002) identifica duas correntes na conformação deste campo no Brasil: de um lado, a vigilância à saúde, mais voltada à epidemiologia e ao planejamento; e do outro, a corrente em defesa da vida, mais atenta às questões da clínica, do sujeito e dos processos de trabalho. Encontramos nessa divisão, um espaço especial de aproximação com o campo da Psicologia, sobretudo diante da possibilidade de pensar o tema do Sujeito nas formulações teóricas e práticas propostas pela Saúde Coletiva.

Longe de serem questões resolvidas ou contradições superadas, entendemos que estes modelos e posições convivem no cotidiano dos serviços de saúde e comparecem, se atualizam e se mesclam na prática dos profissionais das mais diferentes categorias, ora havendo mais espaço pra subjetividade e singularidade, ora havendo menos oportunidades para tais demandas.

Estes temas compõem um pano de fundo importante para pensarmos a atuação do Psicólogo no contexto da Atenção Básica, seja integrado à equipe ou como apoiador a partir do NASF. Nessa linha, este trabalho busca explorar os desafios e os limites das práticas compartilhadas que envolvem a saúde mental e a Psicologia no cotidiano de um Centro de Saúde; analisar as possibilidades do fazer clínico do psicólogo na Atenção Básica, colocando o atendimento individual sob questão; e, por fim, delinear possíveis contribuições da Psicologia para as práticas da Equipe de Saúde da Família. Entendemos que para pensar a prática do Psicólogo inserido no âmbito da Saúde Pública e mais especificamente na Atenção Básica é imprescindível colocar em questão também os campos da Saúde Coletiva e da Saúde Mental, no intuito de pensar as suas interfaces.

Tais objetivos serão explorados a partir da minha prática enquanto psicólogo residente em saúde mental, inserido em um Centro de Saúde na periferia da cidade de Campinas/SP. O método baseia-se em um relato de experiência e pretende cotejar elementos, vinhetas do cotidiano do serviço, com as diretrizes políticas sobre a atuação do psicólogo na Atenção Básica e parte do que se tem construído até aqui sobre o assunto.

2. Discussão

“Atuar em parceria”, “trabalho conjunto”, “responsabilização compartilhada”, “complementaridade do trabalho”, são termos encontrados na portaria GM 154/2008 que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família e que buscam pautar a forma de organização do trabalho dos apoiadores junto às Equipes de Saúde da Família (EqSF). A metodologia do Apoio Matricial garante maior ênfase ao trabalho compartilhado e se pretende complementar aos mecanismos de referência e contrarreferência (Campos, 2007) e de encaminhamento ou da “passagem” dos casos para os especialistas, visando combater a desresponsabilização por parte das equipes responsáveis pelo cuidado longitudinal.

A lógica do Apoio Matricial prevê que a equipe de referência, como aquela encarregada pelo cuidado longitudinal, se responsabilize também como ordenadora do cuidado, solicitando intervenções especializadas quando o caso demandar, sem que isso resulte em descontinuidade do cuidado ofertado pela equipe. Este modelo ganha tons particulares quando as equipes a que nos referimos convivem diariamente e habitam na maior parte do tempo o mesmo espaço, como é o caso da relação que se estabelece entre as EqSF e o NASF. O compartilhamento muitas vezes não está garantido pela proximidade física nem mesmo pelo convívio cotidiano dos trabalhadores.

Como já apontado, em Campinas havia a presença constante do profissional de Psicologia como um dos representantes da equipe de Saúde Mental inserida na Atenção Básica. Desde o início, o objetivo da presença dos especialistas em Saúde Mental juntamente com as equipes de atenção primária esteve pautado pela desconstrução dos ambulatorios e sua lógica de atendimento fragmentado em favor da implantação do apoio matricial como principal estratégia de conexão entre os atores envolvidos (Campos, 2016). Passados quase 20 anos do início desse processo, ainda percebemos uma série de tensões entre estas duas lógicas no cotidiano de trabalho dos profissionais de Saúde Mental na APS, de modo que as tensões entre o trabalho conjunto e o fazer fragmentado muitas vezes coabitam os mesmos espaços.

Atualmente, o NASF vem sendo paulatinamente adotado em Campinas como modelo para introdução da presença de novos especialistas na Atenção Básica, passando o Psicólogo a não trabalhar mais isoladamente – ou junto apenas com outros

profissionais da Saúde Mental, tal como Terapeuta Ocupacional ou Psiquiatra -, mas compondo uma equipe que tem no apoio matricial e no fazer compartilhado as suas marcas centrais.

Não é o objetivo deste trabalho elaborar uma comparação entre a inserção do Psicólogo como membro da equipe de saúde mental ou como membro do NASF, contudo, de antemão, é possível afirmar que o arranjo do Núcleo pode ser fértil para combater o isolamento vivenciado por muitos Psicólogos na Atenção Básica, seja como único depositário das demandas de Saúde Mental que costumam ser amplas ou como defensor de uma lógica de atenção mais compartilhada, que pode ir de encontro ao que a equipe de referência demanda ao menos no primeiro momento. Contar com outros profissionais que se responsabilizem por encarnar a função de apoiador pode ser benéfico na estruturação de uma lógica que não siga o simples “encaminhamento” para os especialistas ou a passagem do caso.

São diversos os fluxos e as possibilidades para o desenvolvimento do trabalho compartilhado em saúde mental, quando se pensa a partir do cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde, traçando ligações entre a Psicologia e a Saúde Mental com a Estratégia de Saúde da Família e a Saúde Coletiva. A partir da minha experiência como residente inserido em uma Unidade Básica de Saúde, destaco que os desafios constantes no cotidiano de trabalho do Psicólogo na Atenção Básica passam por pensar nas formas de aproximação/compartilhamento do trabalho pertencente ao núcleo específico da Psicologia com os membros das ESF, elaborando as particularidades desse fazer conjunto, a delicadeza das suas transmissões, as fronteiras entre núcleo e campo (Campos, 2000), a equação entre as recomendações burocráticas e as melhores alternativas clínicas frente a cada caso.

Por outro lado, existe uma gama de contribuições possíveis a partir do núcleo da Psicologia para as práticas já consolidadas da Atenção Primária à Saúde, que atravessam a criação de um olhar mais atento da equipe às questões subjetivas, pensando numa dimensão ética do cuidado e também por levar em consideração a própria subjetividade daqueles que cuidam. Em um jogo de demandas e provocações, o exercício é compreender e analisar como a Psicologia é interpelada no seu saber específico pelo contexto em que está inserida, ao mesmo tempo em que busca pensar

quais questões poderia a Psicologia incitar nas práticas exercidas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

2.1 O núcleo da Psicologia em questão

A inserção do psicólogo no campo da saúde pública é algo recente em termos históricos, com as primeiras experiências sendo iniciadas somente na década de 1970. Mais tarde, com o avanço da Reforma Sanitária e da Reforma Psiquiátrica, tal inserção ganhou força significativa e tem avançado mais a cada ano, de modo que falar sobre o trabalho do Psicólogo no SUS hoje significa tratar do trabalho de quase 60 mil profissionais¹.

Ao longo dos últimos anos, o fazer do Psicólogo no SUS vem sendo alvo de intensos debates e grandes problematizações, tanto por parte da literatura acadêmico-científica, quando por parte do próprio Conselho Federal de Psicologia, a partir das suas recomendações e normas técnicas. Contudo, apesar da larga produção, muitas são as controvérsias e os desafios apontados para a prática do psicólogo no contexto do SUS que insistem colocando em questão não só a formação, mas a própria Psicologia enquanto ciência e profissão.

É preciso demarcar que problematizar o trabalho do psicólogo no SUS é também analisar a sua inserção do campo das políticas públicas. Quando é este o tema, grande parte da produção bibliográfica até aqui por parte da Psicologia brasileira tem se esforçado por definir o fazer do Psicólogo a partir de uma negativa: “não se faz clínica” ou “não se faz atendimento individual!”. O atendimento individual e a clínica muitas vezes são tomados como sinônimos e costumam ser tratados como práticas burguesas, apoiadas em um ideário individualista, ancoradas em um paradigma biomédico e por isso mesmo distante do público a que se destina no contexto das políticas públicas, incompatível com o campo da assistência pública à saúde (Dimenstein, 2000).

Fazer ou não atendimento individual se tornou muitas vezes a questão central, o ponto de partida para analisar a atuação dos profissionais de Psicologia no campo da Saúde Coletiva. Tais críticas quando se limitam apenas a aferir a presença ou não desse tipo de oferta pelo psicólogo, tendem a ser enviesadas se não problematizam as

¹ Dados do DATASUS, coletados em 01/02/2018. Link: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/prid02br.def>

demandas que se apresentam em cada contexto e outras alternativas para abordá-las. A condenação pura simples dessa ferramenta ou técnica por parte dos psicólogos pode ser enviesada se não toca nas questões éticas que a perpassam.

Como afirmam Huning e Guareschi (2005) “reinventar práticas psi não diz respeito necessariamente a inventar outros métodos de intervenção, mas a introduzir outros modos de interrogar e outras interrogações, entre elas, o que pretendemos e quais as implicações de nossa prática, daquilo que afirmamos como verdades sobre os que tomamos como nossos sujeitos-objetos” (p. 179).

As implicações éticas de cada prática não estão definidas a priori, de modo que se pode ter atendimentos compartilhados ou em grupos que continuem operando para a individualização dos problemas sociais e coletivos, que operem sem levar em consideração o contexto onde está inserido nem as condições de vida da população a quem tal oferta é endereçada. Restringir antecipadamente as possibilidades de enquadrar as demandas que se apresentam pra Psicologia não seria algo que vai contra o próprio operar clínico? Tal restrição não impede que se pense a melhor oferta de acordo com a demanda que o sujeito ou a família em questão apresentam?

Não se pretende aqui defender que os psicólogos inseridos na atenção primária à saúde possam lançar mão do atendimento individual como sua única e muito menos principal ferramenta de intervenção, contudo, o que se busca é questionar se em nome dessa crítica não se produziu no campo da psicologia em sua interface com a saúde coletiva uma proibição ao atendimento individual e um “anti-clinicalismo”.

Minayo (2001), ao refletir sobre as noções de estrutura e sujeito no campo da saúde coletiva, afirma que tanto o conhecimento médico quanto a saúde pública tem trabalhado sistematicamente para o “apagamento do sujeito” (p. 14); o primeiro amparado em uma noção positivista que tende a reduzir o corpo a um objeto, mirando unicamente as doenças e estas como produto de alterações anátomo-fisiológicas; já a saúde pública teria apostado na mudança das estruturas como caminho para a transformação, amparada pelo estrutural-funcionalismo e enfocando tanto as relações de produção quanto as determinações sociais.

A referida autora também aponta que a tensão entre sujeito e estrutura, determinismo e acaso, faz parte de questões centrais ligadas à epistemologia das ciências sociais e apontar como o campo da saúde também é influenciado por elas é fundamental para não achar que a saúde produz uma compreensão isolada acerca dos fenômenos sociais, embora ela responda também a questões específicas conformadas pelas suas práticas (Minayo, 2001).

Campos (2000), buscando fazer uma análise do campo da saúde coletiva, propõe a retomada de “algumas experiências construídas pela velha saúde pública que o radicalismo inerente ao momento de fundação de uma nova proposta impediu examinar com mais cuidado” (p. 221), enfocando que a incorporação do social no campo sanitário acabou se dando de uma maneira objetivista – herdeira das escolas estruturalista e de certa tradição marxista – o que ocasionou em uma diminuição da importância do papel dos sujeitos.

A Saúde Coletiva seria tomada como um novo paradigma e, amparada no modelo de vigilância em saúde, teria criado um modo de operar que, ao incorporar o social em suas análises, passaria a negar o modelo clínico. Tendo como objetivo de criticar o modelo biomédico hegemônico, a saúde coletiva teria operado para substituí-lo, em lugar de complementá-lo, assumindo uma postura igualmente totalitária (Campos, 2000).

No âmbito da saúde coletiva, a crítica feita ao modelo biomédico e à clínica acabou resultando em posturas que tendiam a negar estas abordagens por completo, substituindo-as, em tese, por um outro modelo de explicação que tinha “o social” como não só a principal, mas a única fonte para as suas explicações. É como se, no afã de produzir uma crítica contundente ao modelo biomédico, terminou por se gerar uma concepção diametralmente oposta, que passou a desconsiderar parte dos acúmulos que até então esse paradigma vinha acumulando; lançando mão de uma metáfora popular, é como se a crítica produzida terminasse por “lançar fora a água da banheira com a criança dentro”.

A Psicologia, enquanto ciência e profissão, a rigor, não pode ser reduzida à sua interface com a saúde, muito menos às ciências sociais. No entanto, a proximidade com

estes dois campos nos permitem pensar algumas questões que podem dar subsídios para a análise do trabalho do psicólogo na saúde pública e na atenção primária em particular. Sugerindo um paralelo com a crítica feita por Campos ao campo da saúde coletiva, o questionamento que surge é se as reiteradas críticas feitas ao campo da clínica na Psicologia, tomando-o frequentemente como sinônimo de uma prática burguesa, curativista amparada no modelo biomédico (Dimenstein, 2000), não seria derivado e não resultaria do mesmo movimento que originou a “exclusão” da clínica no campo da saúde coletiva e por isso estaria sujeito a questionamentos.

Ao propor tal comparação não se pretende negar as diferenças significativas que existem entre o campo da saúde coletiva e da Psicologia e aos diferentes significados, sentidos e implicações da prática clínica nesses dois campos. Nesse sentido, não dá pra negar que no âmbito da prática psicológica os elementos que fazem o atendimento individual ser sinônimo de uma prática individualizante tem contornos diferenciados. Historicamente, a Psicologia contribuiu para que o peso de alguns problemas sociais acabasse recaindo sobre os sujeitos, individualizando questões que eram produto da desigualdade social, por exemplo, contribuindo muitas vezes para a naturalização de opressões.

No Brasil, tais críticas começaram a ganhar força a partir dos anos 1980, tendo como porta-vozes principais, pessoas ligadas à Psicologia Sócio-Histórica. Em um momento histórico de importantes conquistas sociais, estas críticas avançaram juntamente com a redemocratização do país, o movimento da Reforma Sanitária e também da Reforma Psiquiátrica e a expansão de campos de trabalho para os psicólogos no âmbito das políticas públicas. Tal conjunção colocou a atuação dos psicólogos em consultório particular e a clínica como antagonistas à inserção da Psicologia nas Políticas Públicas.

Não há dúvidas de que a entrada da Psicologia em novos contextos e cenários passou a apresentar questões inéditas à prática profissional, que teve de se haver com os limites dos seus métodos e teorias empregados até então, no entanto, passado o momento inicial de entrada da Psicologia nas políticas públicas, talvez seja o momento de retomar as questões que o radicalismo inicial não nos tenha deixado ver; dito de outra forma, quais contribuições o campo da clínica pode ofertar ao profissional de

Psicologia inserido no campo das políticas públicas e mais especificamente de que modo a resposta às necessidades e demandas que chegam ao Psicólogo no campo da saúde pública podem lançar mão dos conhecimentos e recursos produzidos no campo da psicologia clínica.

A atuação do psicólogo no campo da saúde pública em geral e na atenção primária em particular é atravessada igualmente pelo eixo das políticas públicas e também pelo eixo da clínica. A conciliação entre estes dois âmbitos no cotidiano do trabalho vai depender de múltiplos fatores, dentre eles: o grau de estruturação da rede de saúde onde o serviço em que o profissional atua está inserido; a formação do profissional em questão; a disponibilidade dos demais membros da equipe em acompanhar e participar do cuidado dos pacientes com alguma questão de saúde mental; os aspectos sociais, culturais e econômicos da população atendida e os tipos de demanda para atendimento daquele território.

Em 2008, mesmo ano de lançamento da portaria que cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, o Ministério da Saúde lança a portaria nº 409 (Brasil, 2008b) que estabelece critérios para o cadastro de equipes do NASF e chama a atenção que para os psicólogos, é permitido o cadastro, a partir do registro na Classificação Brasileira de Ocupações, de duas diferentes especialidades, a saber: o psicólogo clínico ou o psicólogo social. Tal divisão aponta justamente para a concepção da atenção primária como um campo atravessado por demandas de diferentes ordens, contudo, a questão que cabe é se não ampliaria demais o espectro de elementos passíveis de intervenções da Psicologia.

A portaria 409 do Ministério da Saúde (Brasil, 2008b) mais tarde foi substituída pela portaria 256 (Brasil, 2013), que excluiu o psicólogo social como uma das ocupações possíveis de serem cadastradas como profissional do NASF, deixando apenas o psicólogo clínico. A atuação do psicólogo clínico não deve se restringir aos atendimentos individuais, e demonstrar isso é uma das propostas desse trabalho, no entanto, a opção pela manutenção dessa como a ocupação possível para o cadastro dos psicólogos no NASF pode funcionar como garantia contra aqueles que definem a prática do psicólogo na Atenção Primária como antônimo de atendimento individual e muitas vezes de clínica.

No campo da Atenção Psicossocial, a perda da dimensão clínica também aparece como um risco a ser evitado, sendo o resgate desse campo inclusive pautado como um dos pontos necessários para fazer avançar a Reforma Psiquiátrica. Onocko-Campos (2001) aponta como a saúde coletiva acabou se formando privilegiando as práticas coletiva em detrimento das individuais e como “a tradição dessa área tem tratado a clínica como uma prática que não interessa ao campo dos nossos saberes efetivos prévios. Mais ainda, às vezes ela aparece como oposta e estruturalmente contraposta à prevenção e à promoção da saúde” (p. 100).

Rinaldi e Bursztyn (2008) vão assinalar os desafios para que a clínica nos Centros de Atenção Psicossocial supere os aspectos psiquiátricos, ligados aos sintomas e diagnósticos, e incorpore também a dimensão do sujeito nas práticas, aproveitando-se das contribuições da psicanálise para ler não só os aspectos ligados ao tratamento, mas também aqueles institucionais.

Como alternativa aos atendimentos individuais, os atendimentos em grupos são propostos como uma ferramenta de trabalho que estaria mais próxima aos princípios da Atenção Primária à Saúde. Muitos dos que defendem essa proposta, contudo, estão exclusivamente respondendo ao imperativo de maximizar o número de pessoas atendidas, tentando ampliar o “acesso” dos usuários ao atendimento psicológico, sem levar em consideração outros aspectos relacionados ao tipo de demanda e as características culturais da população atendida.

Durante esse ano no Centro de Saúde, pude observar que para algumas propostas de grupo a adesão das pessoas era quase zero ou muitas vezes terminava por ser bastante intermitente, com adesão pontual em alguns momentos. Não dá pra negar que este dado tem a ver diretamente com a proposta do grupo, incluindo aí o seu tema, método e como as pessoas são convidadas para ele. No entanto, ouvia muitas vezes dos profissionais da unidade, a afirmação de que as pessoas daquela comunidade não tinham “hábito de grupo” ou que não tinham essa “cultura”. Somado a isso, outro dado levantado pela equipe tinha a ver com a faixa etária das pessoas a serem atendidas, querendo indicar que para os adultos mais jovens a possibilidade de adesão era menor do que para as pessoas mais velhas.

Estas questões levantadas a partir do campo de trabalho ajudam a relativizar os atendimentos em grupo como propiciadores de um maior “acesso” da população – se atende mais gente em menos tempo-, posto que a adesão das pessoas nem sempre é garantida. Não se trata também de contrapor o grupo aos atendimentos individuais aos grupos de maneira pura e simples, sem levar em consideração que na maior parte das vezes as duas propostas têm objetivos diferentes que podem se sobrepor em muitos poucos aspectos.

Nas propostas de estruturação do trabalho dos NASF e também na própria metodologia do Apoio Matricial, os atendimentos compartilhados, também chamados de consultas conjuntas, são colocados como uma alternativa condizente com as suas diretrizes. Como o próprio nome já diz, trata-se de atendimentos feitos por mais de um profissional, normalmente alguém que pertence à equipe de apoio juntamente com outra profissional vinculado à Equipe de Saúde da Família.

Melo Filho e Silveira (2005) destacam como três os principais objetivos do atendimento conjunto: identificar diferentes aspectos envolvidos no processo saúde-doença; propiciar apoio mútuo entre os profissionais; integrar e ampliar saberes e práticas. Além desses elementos, a consulta conjunta é defendida principalmente por seu aspecto pedagógico, já que este poderia ser um espaço privilegiado para transmissão da lógica de trabalho de um profissional a outro, envolvendo os aspectos a serem avaliados em cada caso e as suas ferramentas de intervenção.

Se as propostas de grupo podem ser justificadas a partir de do atendimento a um maior número de pessoas, essa premissa não se aplica aos atendimentos compartilhados, que, com relação a esse aspecto, guarda muitas semelhanças com o atendimento individual, já que a relação número de pacientes *versus* tempo é muito semelhante. Todavia, uma questão posta para os atendimentos compartilhados é que eles podem muitas vezes serem propostos apenas com o objetivo de trazer benefícios para a organização do trabalho, sem pensar nas implicações que tem para os casos concretos e as demandas psicológicas dos pacientes.

O que vivenciei ao longo desse ano no Centro de Saúde é que muitas vezes o atendimento compartilhado termina por colocar duas lógicas antagônicas de frente para o paciente; alguns podem advogar que aí reside a sua potência, mas podemos pensar também que é aí onde está a sua fraqueza. Penso em alguns exemplos que aconteceram ao longo desse ano de trabalho.

No primeiro deles, trata-se de uma senhora, pouco mais de 50 anos, que já era acompanhada pela unidade desde o início do presente ano; nos últimos meses esta senhora tinha ficado como principal responsável pelos cuidados da mãe idosa, que há pouco tempo havia falecido, o que deixava a equipe bastante preocupada diante da possibilidade da paciente entrar em crise e fazer algo contra si, já que o cuidado da mãe era a sua principal atividade. Esta paciente, que já vinha sendo seguida de perto pelos profissionais, tinha feito duas tentativas de suicídio nos últimos meses com medicação e nas visitas não raro insinuava de que tentaria novamente. A equipe passou a negociar o cuidado das medicações com o marido dela e aumentou a frequência das visitas; outra questão que impactava a equipe é que a paciente, ao contar a sua história, sempre retomava a história de que havia sido abusada duas vezes quando criança, mas que nada havia sido feito contra seus abusadores.

Toda esta história compunha, pra equipe, um pano de fundo de bastante sofrimento, funcionando como justificativa para a posição da paciente, que demandava atenção constante. O sentimento de parte significativa dos profissionais poderia ser traduzido como “pena” e o complemento direto era que a paciente ocupasse a posição de “coitada”. A equipe já havia solicitado o apoio de uma psiquiatra, que atendeu a paciente uma vez, porém a equipe preferiu pedir a ajuda de outro profissional, pois a psiquiatra teria sido ríspida demais com a usuária. É a partir disso que a equipe leva o caso para ser discutido em reunião e saímos então com uma proposta de atendimento compartilhado, entre eu e uma técnica de enfermagem que estava mais próxima do caso.

Durante o atendimento, ouvimos a mulher com atenção e os trechos que a paciente esquecia, a técnica que já conhecia a história, pedia-lhe que complementasse algum fato que porventura tivesse sido omitido. A paciente também contou sobre o seu atual momento de vida e da relação difícil que mantinha com o seu marido, já que os

dois pouco se falavam. Em todo o momento, mantive a postura que buscava de algum modo interpelar a paciente na sua posição de sujeito, questionando quais pontos dela estariam implicados naquela história e nos pontos comuns aos seus relatos. A profissional que estava comigo em muitos momentos tentou contornar as perguntas que eu fazia, dando-lhe um outro sentido, diferente daquele que buscava implicar a usuária no enredo que contava.

Em outro caso de consulta compartilhada, recebi juntamente com outra técnica de enfermagem, uma paciente encaminhada ao Centro de Saúde pelo CAPSad, pois lá julgaram que o padrão de uso e as questões dela em torno da bebida alcoólica poderiam ser acolhidas e acompanhadas com os recursos disponíveis na Atenção Primária. Anteriormente a paciente havia sido diagnosticada com Hepatite C no próprio C.S. e encaminhada para o serviço da rede especializado nesse tipo de tratamento, entretanto, ao chegar lá, os profissionais desse serviço entenderam que o seu padrão de uso de álcool era problemático e condicionaram o começo do tratamento à cessação do uso pela paciente. Nesse caso então, a abstinência era tomada como um imperativo clínico, quase uma questão de vida ou morte, de modo que muitas vezes a questão do usa/não usa terminava por ser a principal questão dos atendimentos, não deixando que outros conteúdos relativos à maneira como a paciente pensava a si, seu cotidiano e sua saúde emergissem.

Muitas questões podem ser exploradas a partir desses relatos, envolvendo temas como: a formação técnica para o campo da saúde; contratransferência; processo de trabalho; as limitações das intervenções a partir de um único encontro; transmissão do saber “psi” ou de ferramentas de intervenção do campo da saúde mental; entre outros. Mas o que pretendo destacar por ora e que acredito ser importante pra pensar a questão dos atendimentos compartilhados está relacionado ao fato de que em muitos momentos lançar mão deste tipo de atendimento significa atuar e intervir a partir de duas lógicas que podem ser diferentes ou até mesmo antagônicas. Estas diferentes formas de compreender e intervir sobre os casos concretos na maioria das vezes está ligada a maneiras distintas de entender o humano e conseqüentemente de encarar a subjetividade.

A medicina ocidental, baseada no modelo anátomo-clínico, tem sido caracterizada pelos seus esforços de estruturação enquanto um saber pertencente às ciências naturais, o que implica em tentativas constantes de objetificação em nome de um saber universal sobre a doença e conseqüentemente na exclusão da subjetividade:

Assim, entendemos que a subjetividade do adoecimento, isto é, a complexidade e a singularidade do sofrimento humano, e mais ainda, a sua dimensão fenomenológica, experiencial, nunca chegou a ser objeto das ciências biomédicas, uma vez que o modelo da medicina ocidental é herdeiro da racionalidade científica moderna. (Guedes et al, 2012, p. 1095)

Guedes et al. (2012) apontam que esse intento na constituição de um saber “biomédico”, científico e objetivo, resulta em uma prática médica que ignora o paciente em seu sofrimento concreto, deixando de lado os aspectos sociais, culturais e psicológicos em nome da supremacia dos elementos biológicos. Esta caracterização busca apontar o saber médico em sua formação histórica e, embora ele possa se apresentar ainda hoje como hegemônico, a própria autora cita que a emergência de novos saberes no campo da Saúde Coletiva, tais como Clínica Ampliada, Humanização e Integralidade, buscam transformar o modelo tecnoassistencial, fazendo críticas ao “reducionismo organicista vigente” (p. 1095)

Embora o saber biomédico ainda possua uma hegemonia, são inúmeras as críticas que buscam apontar as suas limitações, trazendo muitas vezes interpretações concorrentes ou complementares ao sofrimento humano e ao adoecimento, de modo que a hegemonia não é exclusiva e nem absoluta por todo o tempo. Aqui entendemos a Atenção Primária à Saúde como um campo em que essas tensões se apresentam e onde em muitos momentos estas concepções distintas operam simultaneamente.

Os atendimentos compartilhados são campos privilegiados para essa constatação, pois é uma prática concreta onde a incidência de lógicas conflitantes sobre a subjetividade emergem. Por um lado tal convivência pode ser interessante, na medida em que termina por fornecer mais “opções” ao paciente que pode escolher por qual via pretende conduzir a compreensão sobre si mesmo, seu processo de adoecimento e a própria adesão ao tratamento. Por outro, permite estreitar o espaço e a oportunidade

muitas vezes única que o paciente tem de ser escutado em suas contradições, impasses e ambivalências.

Muitas vezes se reproduz num cenário micro do próprio atendimento compartilhado uma disputa de duas concepções: uma mais objetiva, que tem no restabelecimento da “saúde” do paciente a sua única preocupação, nem que para isso tenha que fazê-lo silenciar sobre os seus próprios temores e desejos; e outra que pode fazer desses medos e desejos a matéria-prima para as intervenções e o ponto de partida para interpelar o sujeito.

O que acontece então é que na maior parte das vezes todo o percurso do paciente na unidade, e até mesmo em outros pontos da Rede de Atenção, é regido por uma lógica mais “objetivizante” do seu sofrimento, pouco permeável à escuta, o que faz com que trazer esta lógica para o *setting* da saúde mental é, em muitos casos, correr o risco de que não se consiga produzir um espaço de escuta diferenciado para o sujeito, “um ponto fora da curva” diante daquilo que ele vinha experimentando. Em outras palavras e retomando os casos relatados: um espaço em que ele não seja necessariamente escutado sempre como vítima de um passado cruel e por isso um “coitado”; um espaço que esteja menos preocupado em fazê-lo cessar o uso de drogas, por exemplo, mas em ampliar as suas possibilidades de saúde e produção de vida.

A análise feita aqui sobre alguns impasses do atendimento compartilhado trata-se de um recorte. É preciso destacar que vivenciei experiências diferenciadas em que o compartilhamento com outros profissionais produziram complementos que potencializaram as intervenções e maximizaram as ofertas terapêuticas para os casos. Muitas vezes, os atendimentos com as enfermeiras eram bastante produtivos, produzindo na maioria das vezes uma dialética interessante entre o cuidado às questões subjetivas e os aspectos mais objetivos ligados ao sofrimento dos sujeitos.

Um ponto importante é que a disponibilidade dos profissionais para atuarem nos atendimentos de saúde mental de maneira diferente da que normalmente conduzem as consultas que envolvem queixas de saúde em geral não necessariamente andava de mãos dadas com a formação que possuíam, o que fazia que muitas vezes técnicos de enfermagem possuísem uma escuta mais sensível que a apresentada por médicos, por

exemplo. Tal indiferença à formação profissional pode indicar que parte significativa da disponibilidade dos profissionais atenderem os pacientes seguindo uma lógica diferente da que lança mão em seu cotidiano passa pela disponibilidade pessoal de cada um, que pode estar atravessada pela própria história da pessoa, mas também por experiências profissionais anteriores.

Ainda dentre as questões que envolvem a consulta conjunta, um ponto que é colocado em jogo nessa modalidade de atendimento envolve a capacidade dos profissionais da saúde mental, nesse caso específico dos psicólogos, de transmitirem a lógica e os princípios pelos quais guiam a sua atuação e o seu fazer. Essa dificuldade pode estar relacionada às características pessoais do profissional de Psicologia e à sua capacidade em fazer o seu saber dialogar com os demais, mas boa parte dela reside talvez na própria natureza do saber-fazer pelo qual se guia o psicólogo ou pelo menos alguns profissionais dessa categoria.

Mais do que uma técnica específica que indique quais aspectos se atentar ou o que fazer diante de tais casos, a parte mais importante da que lança mão o psicólogo para orientar a sua atuação no contexto da clínica e da saúde pública está relacionada com a adoção de uma ética, muitas vezes de difícil transmissão. A não redução do saber-fazer da Psicologia a algumas técnicas específicas não quer dizer que o esforço para transmitir algo do saber “psi” aos outros profissionais não seja possível. O trabalho do psicólogo ligado ao NASF acrescenta novos desafios à transmissão deste saber ao mesmo tempo em que lhe agrega novas possibilidades.

Colocar em questão as ambiguidades e limitações dos atendimentos compartilhados e também dos grupos, quando funcionam como um imperativo, não isenta a proposta do atendimento individual das suas contradições e muito menos o coloca como saída para todas as demandas de saúde mental que se apresentam na Atenção Primária à Saúde. Uma controvérsia importante em torno do atendimento individual tem a ver justamente com os impasses em torno da comunicação com a equipe multiprofissional do que se faz com os pacientes em atendimento psicológico, o que termina por ter impacto direto nas demandas que as equipes fazem para o profissional de Psicologia, cooperando para que haja muitas vezes uma inflação dos encaminhamentos.

O não esclarecimento do que se faz, quais os objetivos e os motivos que justificam que tal paciente seja atendido individualmente, pode fazer com que a equipe veja muitas vezes essa proposta como uma solução mágica para casos em que muitas vezes as soluções envolvem outros fatores que não apenas o psicológico. Se muitas vezes é oportuno que a Psicologia ocupe a posição de tratar daquilo que “escapa ao saber médico”, em muitos momentos este espectro tão amplo termina por contribuir para que haja uma sobrecarga dos profissionais de saúde mental, já que passam a ter que lidar sozinhos com questões sociais e de articulação de rede com outros serviços, o que vai além das demandas psicológicas.

A complexidade dos muitos casos que são atendidos na Atenção Básica demonstra que há na maioria das vezes um grande espaço intermediário, que pode responder a intervenções tanto da Psicologia quanto da própria Equipe de Saúde da Família. De um lado está a saúde coletiva, que parte do esforço para a superação de uma visão centrada apenas no corpo biológico e nas doenças, buscando incorporar também aspectos sociais e subjetivos; do outro, a Psicologia, seja clínica ou social, que é marcada pela crítica ao olhar dedicado apenas ao indivíduo e busca incorporar os aspectos socioeconômicos e políticos em suas análises e intervenções.

Este espaço intermediário que aí se cria é muito sensível às questões institucionais, refletindo os diversos momentos das equipes, podendo operar em uma lógica potente, construindo saídas comuns ou funcionar de forma burocrática, dando margem ao surgimento de disputas e conflitos. Esse espaço intermediário de atribuições aparece na maior parte das vezes nas reuniões de equipe quando os casos são discutidos e onde se manifestam os desafios concretos do fazer conjunto.

Em boa parte das vezes, o ímpeto inicial das equipes ao receber os casos que tinham alguma demanda de saúde mental era operar na lógica do “encaminhamento” solicitando atendimento ao profissional especializado. Para os casos que chegavam por demanda espontânea, o acolhimento feito pela EqSF em boa parte das vezes se limitava a um único atendimento, guiado pela lógica queixa-conduta e do olhar para o sintoma (Campos, 1997), o que dificultava posteriormente que o caso fosse discutido com mais profundidade, tendo em vista que muitas informações importantes não haviam sido

colhidas. Esse primeiro contato feito de maneira apressada em muitos momentos impedia a equipe inclusive de aferir a necessidade de cuidados de saúde mais estritos, ligados mais tradicionalmente às ofertas da UBS.

Por isso, muito do esforço do profissional de Psicologia em boa parte dos casos vai além de tensionar para que a EqSF incorpore a saúde mental como sendo uma demanda pela qual tem também que responder, mas, antes disso, acaba por ter que defender um atendimento da equipe que se permita de fato acolher o sujeito e ouvir minimamente a sua história para além da queixa; mais do que defender a saúde mental como um campo da Atenção Primária, o psicólogo é em muitos casos também alguém que pode operar na defesa de uma clínica ampliada (Campos, 1997). Em muitos casos de Saúde Mental, principalmente quando se trata de pacientes graves, não é incomum que as demais questões de saúde sejam subestimadas e até negligenciadas, de modo que o sujeito e o seu corpo são reduzidos ao diagnóstico de saúde mental.

Há uma dificuldade concreta dos profissionais em acompanharem os casos de saúde mental de maneira longitudinal e contínua, fazendo atendimentos periódicos, ainda que não necessariamente semanais. Parte dessa dificuldade tem a ver com o desafio de operar sem objetivos fixados previamente, mas com uma abertura pra escutar o sujeito e as suas demandas, de modo a entender também que a própria escuta pode assumir um caráter terapêutico ao longo do tempo. Contudo, as dificuldades não respondem apenas às limitações na formação e disponibilidade dos profissionais, acompanhar os casos longitudinalmente, por exemplo, requer tempo e flexibilidade nas agendas, o que nem sempre consegue ser garantido diante de uma rotina com excessiva demanda de trabalho e com equipes reduzidas.

2.2 Uma experiência de campo: contribuições da Psicologia no Grupo HiperDia

São inúmeros os desafios que envolvem o trabalho em uma equipe multiprofissional como a do NASF atuante em uma unidade de Saúde. Divididos entre as reuniões de equipes, os atendimentos compartilhados e muitas vezes os atendimentos individuais, quase não sobra tempo aos profissionais do NASF para proporem

atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças. O profissional de Psicologia inserido na equipe de apoio tem na maioria das vezes que responder não apenas às questões do núcleo da Psicologia, mas por todo o campo da saúde mental, estruturando atividades de promoção, tratamento e reabilitação psicossocial.

Como discurremos no primeiro tópico desse trabalho, existe um grande desafio para que as EqSF incorporem e admitam as demandas de saúde mental como sendo parte das atividades que lhe dizem respeito. Tendo essa como a principal tarefa, o tempo que resta para outras atividades que poderiam se beneficiar de aportes da Psicologia acaba ficando escasso. Na condição de residente, pude usufruir de certa liberdade para pensar contribuições da Psicologia em atividades que já são consolidadas como do âmbito da Equipe de Saúde da Família.

As atividades em grupo são uma prioridade no cotidiano da Atenção Primária, pois são importantes para a criação de vínculos entre os usuários, ampliar a adesão dos pacientes ao tratamento, além de possibilitar ampliar a oferta de atenção à população atendida. Um grupo já consolidado com amplos relatos e divulgação tanto na literatura científica quando nas políticas governamentais são os grupos de “hiperdia”. A sigla, que conforma o nome do programa, combina o as iniciais de duas doenças crônicas com alta prevalência na população nacional: a Hipertensão, cuja prevalência média é de 32% para os adultos e chega a mais de 50% em indivíduos entre 60 e 69 anos de idade (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010); que atinge aproximadamente 17 milhões de pessoas, sendo 35% da população acima de 40 anos; e a Diabetes Mellitus, cuja prevalência é de cerca de 5,6% (Brasil, 2011).

A alta prevalência destas doenças e o fato de funcionarem como importantes fatores de risco para complicações renais, cardíacas e cerebrovasculares, contribuindo para uma alta carga de morbi-mortalidade (ver dados), justificam o lugar de destaque que as doenças crônicas recebem no SUS em geral e na Estratégia de Saúde da Família em particular. Na maioria das vezes, o elevado número de pessoas portadoras destas doenças crônicas termina por inviabilizar o atendimento individual a todas elas de modo contínuo como recomendam as diretrizes (Brasil, 2014).

Os impactos provocados pelas doenças crônicas na vida dos pacientes são grandes, na maioria das vezes. Em boa parte dos casos, a descoberta do adoecimento chega como uma surpresa e provoca mudanças nos hábitos alimentares, na rotina, na relação com o próprio corpo e às vezes até nas relações familiares. Como a incidência destas doenças é maior nas pessoas acima de 60 anos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010), podemos pensar que os impactos na vida são ainda maiores. Todas estas transformações requeridas pelo novo diagnóstico não são fáceis na maioria das vezes: deixar de comer ou reduzir a quantidade de alimentos a que se estava habituado, fazer uso contínuo de medicamentos, começar a fazer atividade física, dentre outros hábitos saudáveis.

As contribuições da Psicologia para as tarefas que por rotina já são assumidas pelas Equipes de Saúde da Família nem sempre são tão claras para os profissionais, o que faz com que eles nem sempre percebam e por consequência demandem a participação da Psicologia em atividades como as relacionadas aos pacientes de “Hipertensão”. A grande quantidade de demandas estritas de Saúde Mental e a pressão da equipe para que o profissional de Psicologia responda por elas, torna inviável pensar em contribuições nessas outras atividades.

Há uma grande diversidade no modo de organizar o cuidado e a atenção à saúde das pessoas portadoras de doenças crônicas, englobando atividades de promoção à saúde, prevenção e tratamento. Na unidade em que estive inserido, na maior parte das vezes havia um espaço garantido para essa população nas agendas médicas, contudo a disponibilidade nem sempre era suficiente para garantir o atendimento a todos os pacientes, combinando gravidade dos casos e frequência das consultas ao longo dos meses. Por outro lado, a adesão dos pacientes às consultas nem sempre é garantida, o que leva a por vezes terem pacientes desassistidos, a quem a equipe não consegue ofertar cuidado; e outros que, mesmo convocados, não comparecem.

Tanto por parte da equipe, quanto por parte dos usuários, são muitos os fatores que facilitam e/ou dificultam a oferta de um cuidado adequado. Na Unidade Básica de Saúde que serviu como campo de prática na Residência, além dos atendimentos individuais ofertados tanto por médicos quanto por enfermeiros, havia também um grupo de convivência (Grupo Estar-Bem), que reunia não apenas pacientes hipertensos e

diabéticos – embora estes fossem a maioria – e promovia atividades de socialização, práticas corporais, alongamento, caminhada, além de eventualmente fazerem passeios externos aos finais de semana.

Este grupo, apesar de contar com muitos adeptos, reunia um perfil limitado de pessoas, em sua maioria idosas, que possuíam alguma margem de tempo livre em horário comercial para poderem dedicar às atividades do grupo. Além das atividades já descritas, em muitos momentos eram realizadas orientações gerais sobre autocuidado, na maioria das vezes em forma de palestra/bate-papo, levando informações sobre questões de saúde e também tirando dúvidas dos participantes. Atrelada às limitações do público alcançado, outra questão é que os espaços para escuta das pessoas eram restritos, pela própria dinâmica do grupo e pelo alto número de participantes.

O grupo Estar-Bem conseguia trazer soluções para questões importantes aos pacientes portadores de doenças crônicas, mas outro grupo de problemas (e de pacientes) permaneciam intactos. Um ponto importante e talvez o que a equipe considera mais grave tem a ver com a prática de “renovação de receitas”. Muitas vezes alegando dificuldades para marcação da consulta ou falta de tempo para ir até a unidade no horário de funcionamento, grande parte dos pacientes iam até o C.S. apenas para trocarem a receita e pegarem a medicação, que tomavam por meses sem nenhuma reavaliação.

Com o objetivo de contornar essas questões, duas das quatro equipes do Centro de Saúde começaram a organizar então grupos de atendimento, fazendo ampla convocação dos pacientes que passaram a ter as receitas renovadas apenas se participassem do grupo. Em um primeiro momento, a iniciativa contava apenas com a participação dos membros da própria equipe, incluindo agentes comunitários de saúde, enfermeira, técnicas de enfermagem e médica, que se dividiam entre atualizar o cadastro dos pacientes, verificar as medidas corporais e aferir pressão e índice glicêmico, pedir novos exames se necessário, renovar as receitas e agendar uma consulta caso se suspeitasse de um cuidado mais intensivo.

A essa iniciativa da equipe de concretizar um “Grupo de Hiperdia” se somaram os esforços de profissionais do NASF (Assistente Social, Nutricionista e Médica

Sanitarista), que passaram a incrementar a proposta, realizando orientações nutricionais e dietéticas e outros aspectos relacionados ao autocuidado às pessoas com doenças crônicas. Esta atividade funcionava mais como uma palestra em sala de espera, já que eram os profissionais que dominavam a fala na maioria das vezes e os pacientes permaneciam no espaço até que fossem chamados à sala onde os membros da equipe de saúde da família daria seguimento realizando as atividades descritas acima. O número de pacientes que eram convocados ao grupo variava entre oito e dez e a maioria deles não se conhecia previamente.

Este grupo de hiperdia se organizava a partir de uma proposta de educação em saúde e era marcado por encontros pontuais, muitas vezes com pouca interação entre os participantes e com tempo de permanência no grupo fragmentado, já que enquanto o grupo acontece, os pacientes vão sendo chamados para serem avaliados (medição de glicemia, aferição de pressão arterial, renovação de receitas, etc) pelos membros da EqSF.

Chiaverini et al (2011) apontam que é comum a formação de grupos como esse no cotidiano da atenção primária, mas que muitas vezes são realizados a partir de “modelos clássicos de transmissão de informações em que os profissionais fazem palestra para falar sobre as principais patologias e problemas de saúde” (p.53). De acordo com os autores, uma questão importante é que os pacientes têm dificuldades para aderir a esse tipo de grupo, já que não estimula a participação nem a responsabilização no processo de construção da própria saúde, sendo por vezes monótono e repetitivo, não facilitando que ações terapêuticas típicas de grupos como “reflexão e mudança de uma atitude passiva para ativa” (p.54) ocorram.

A presença de profissionais de saúde mental nesses grupos, compartilhando a coordenação, pode facilitar o aprendizado de outros profissionais da Atenção Primária no manejo de questões subjetivas do processo grupal, garantindo que todos tenham voz por exemplo, de modo que os muitos benefícios que uma proposta grupal pode alcançar, tais como propiciar uma postura mais ativa dos pacientes e melhorar a sua interação e comunicação com o sistema e os profissionais de saúde, sejam alcançados com maior facilidade (Chaiverini et al, 2011).

Tanto na maneira o grupo de hiperdia vinha ocorrendo na unidade quanto no grupo estar-bem já mencionado aqui, o constatado é que havia pouco espaço para que os pacientes pudessem ser escutados em suas demandas, impasses e conflitos com relação ao tratamento e até mesmo em questões que a princípio pertencem a outros âmbitos da vida, mas que impactam diretamente na capacidade das pessoas de cuidarem de si.

Aos poucos, passei a compor e conduzir, juntamente com a equipe NASF, a realização destes grupos que antecederiam a avaliação dos pacientes pela equipe. O esforço enquanto psicólogo era de produzir junto com os demais profissionais espaços em que os pacientes pudessem, além de ouvir, também colocarem em jogo os atravessamentos produzidos pelo adoecimento e pelos cuidados à saúde, abrindo algum espaço para singularizar os impasses que ali se apresentavam ao mesmo tempo permitindo que estes fossem compartilhados entre os membros do grupo daquele momento.

Para exemplificar um tanto dos aspectos abordados até aqui, trago o fragmento do caso de uma paciente que passou pelo grupo apenas uma única vez. Cecília (nome fictício) tinha aproximadamente 55 anos, trabalhava como diarista e cuidadora de idosos, e morava há uma quadra do Centro de Saúde. Apesar da proximidade e de ter um diagnóstico de diabetes já há algum tempo, a paciente tinha um acompanhamento pouquíssimo regular e não era nem conhecida pelos integrantes da equipe – inclusive o seu cadastro no C.S. não estava atualizado. Após as orientações gerais envolvendo elementos gerais sobre alimentações e outras informações sobre o que é, o que causa e o que fazer para diminuir os possíveis problemas trazidos pela doença, Cecília começou a dizer sobre as dificuldades que tinha em seguir uma dieta balanceada e principalmente de se alimentar, contando que ficava longas horas em jejum pois não tinha vontade de comer.

O quadro de Cecília desde o primeiro momento chamou minha atenção e da médica que conduzia o grupo juntamente comigo naquela ocasião. Em alguns momentos, mais próximo ao final do grupo, o número de pacientes diminuiu e pudemos interpelar Cecília de maneira mais próxima sobre o que dificultava com que se alimentasse e, portanto, pudesse cuidar mais de si; mesmo com menos pessoas na sala, a paciente permaneceu evasiva e alegou que o seu trabalho e rotina lhe impediam de se

cuidar. De fato, o trabalho parecia exigir bastante de Cecília, que trabalhava pra uma mesma família, mas exercia sua função em casas diferentes durante a semana; de acordo com ela, essa rotina a impedia de planejar o que ia comer. Aliás, como já indicado, a dificuldade dos pacientes que trabalhavam acessarem a unidade era um tema recorrente, principalmente porque o CS em que eu estava ao contrário de boa parte dos outros serviços da atenção primária da cidade, funcionava em horário comercial (das 7h às 17h).

Diante de uma paciente que demonstrava uma adesão aos cuidados de si tão frágil, muitas vezes o primeiro ímpeto passa por querer adverti-la de todos os males que a sua “falta de cuidado” pode lhe acarretar. Nas condições em que o “grupo” se realizava, esse impulso era ainda maior já que boa parte dos pacientes tinham dificuldades para frequentar o Centro de Saúde e também em aderir ao tratamento, o que diminuía a possibilidade de outros encontros subsequentes mesmo com alguns pacientes graves. No entanto, esta saída quando acompanhada por um intuito “terrorista”, que busca amedrontar o paciente, apontando-lhe apenas possíveis consequências maléficas para as suas escolhas, tende a ser pouco eficaz. Abordagens desse tipo comumente partem do pressuposto de que os pacientes tomam decisões sempre racionalmente, a partir de cálculos lógicos entre risco/benefício. (Brasil, 2007; Castiel & Álvarez-Dardet, 2007)

Após o término do grupo, Cecília seguiu o mesmo roteiro dos outros pacientes e passou pela avaliação da equipe. Sem ter tido um repasse da equipe sobre o seu quadro, no final da manhã encontrei Cecília na sala de procedimentos da Unidade Básica, tomando soro, pergunto-lhe então se ela estava bem e o que havia acontecido, ela então me explica que a médica havia decidido deixá-la em observação, pois ela estava com a glicemia bastante descompensada (acima de 400, quando o ideal seria abaixo de 100).

Diante da gravidade do caso já antevista durante o grupo e agora confirmada pelo marcador glicêmico, proponho-me a conversar com Cecília mais detidamente, deixando que fale abertamente e demonstrando interesse pelas suas dificuldades. Após um tempo de conversa, Cecília que havia retomado o assunto a partir das suas dificuldades no trabalho, conta pra mim que a sua dificuldade de se alimentar é atravessada por sua vontade de ficar na própria casa o menor tempo possível. A

paciente, que atualmente mora com um filho, uma filha e uma neta, conta sobre a relação difícil com o filho que faz uso abusivo de crack há alguns anos e do seu sofrimento ao ver o seu neto adolescente seguir os mesmos passos do pai. Os conflitos com o filho eram constantes e a permanência dele durante todo o tempo na casa, fazia com que ela evitasse estar no mesmo espaço.

O caso de Cecília traz uma série de elementos que tornam a sua história bastante singular, embora a malha de questões em que está envolvido e a sua complexidade sejam facilmente encontradas em muitos outros casos da Atenção Primária à Saúde. A trama em que boa parte dos casos está envolvida, assim como aconteceu com Cecília, não se deixa ver em um primeiro momento ou em encontros pontuais, principalmente quando a única opção possível para o profissional é garantir, antes de todas as coisas, que o paciente adira ao tratamento e/ou siga as recomendações médicas a qualquer custo. Muitas vezes esse desencontro inicial produzido, de um lado, pelo profissional que enxerga o tratamento como algo inegociável, e do outro por um paciente que não pode, não quer ou não consegue se tratar, é inconciliável.

Direta ou indiretamente, os pacientes que não seguem os tratamentos e as recomendações médicas apontam para a impotência dos profissionais que colocam para si o “fazer viver” como única e principal missão. No fundo, o que está em jogo nesses casos é também uma questão que tem aspectos éticos e morais envolvidos, já que coloca a vida e a sua manutenção como um valor supremo acima de todos os outros. É a isso que Foucault chama de Biopolítica (Foucault, 1976), e que nos é útil porque permite entender que a manutenção da vida e da saúde ao longo da história nem sempre estiveram colocados como preocupação primeira para sujeitos, sendo que tal fato guarda relação importante com a criação da medicina como a conhecemos hoje.

Colocar questões como essa em jogo é talvez uma das contribuições mais importantes da Psicologia na proposição de um fazer conjunto entre toda a Equipe. Problematizando aspectos do fazer, que estão na fronteira entre a ética e a técnica, pode-se ter impacto direto na clínica que se faz e na maneira como o profissional se dispõe a escutar o outro. Em casos como o de Cecília, um boa diretriz, derivada a partir das discussões aqui apontadas, poderia indicar que uma escuta orientada para produzir um cuidado realmente autêntico é aquela que se preocupa em colocar em reserva os seus

imperativos prévios, sejam os relacionados ao cuidado à saúde ou aqueles de outra ordem.

Uma escuta eticamente orientada é derivada de uma postura que permite ao profissional reconhecer os limites das suas intervenções e por tanto os limites de até onde pode e deve interferir na vida dos sujeitos. Camargo Jr (2007) aponta que um risco que se corre a partir das “definições positivas de saúde” – ou seja, aquelas que afirmam que saúde não é só a ausência de doenças – é o de estender em demasia a atuação do setor e dos profissionais à totalidade das experiências de vida, derivando então para uma toada medicalizante. Na Atenção Primária em geral esta “armadilha” produzida a partir do “clamor pela promoção à saúde” (p. 63) é ainda mais perigosa dada a proximidade que as equipes têm do território e do cotidiano de vida das pessoas; pode-se dizer também que, em particular nos cuidados aos pacientes com doenças crônicas, tais como hipertensão e diabetes, já que muitos são os possíveis “riscos” aos quais supostamente devem se blindar, desde alimentos prejudiciais até antigos hábitos que devem ser abandonados.

Tanto quanto disponibilidade e uma postura ética vigilante, não se pode esquecer que produzir uma escuta como a que se sugere aqui depende também de tempo, tendo em vista que é, em grande parte na conta do trabalho acelerado e também repetitivo, que as posturas mais simplistas são adotadas pelos profissionais. Não eram incomuns as queixas dos médicos com relação ao tempo que podiam dedicar a cada paciente durante as consultas; para os pacientes crônicos com longo tempo de tratamento e que tinham complicações na adesão, o tempo escasso muitas vezes não permitia aos profissionais fazerem o “básico”, tal como revisar o prontuário, checar os exames e pedir novos, caso necessário.

No trabalho com pacientes portadores de doenças crônicas que aqui foi relatado, um caminho frutífero para os esforços da Psicologia perpassa por buscar sempre singularizar os cuidados prestados, alinhando-os com as histórias de vida e com os desejos dos sujeitos, por mais paradoxais que estes possam ser. A indicação da presença de temas e questões ligados à subjetividade em um campo tão arraigadamente e tradicionalmente pertencente à Enfermagem, à Nutrição e à Medicina como é o caso da atenção aos pacientes dos grupos de Hipertensão deve ser feita sempre de maneira

cuidadosa pelo profissional da Saúde Mental. Parte da eficácia do trabalho da Psicologia reside justamente em fazer com que o olhar à subjetividade seja mais um elemento a compor a análise, não devendo ocupar uma posição hegemônica em relação aos demais. A psicologização das questões ligadas à saúde pode ser tão preocupante quanto a medicalização:

“Leituras psicologizantes respondem também pelo aprisionamento das questões de saúde/doença no nível individual de entendimento e consequentemente de ações. Mesmo reunidos, o saber biológico e o psicológico não esgotam todas as questões constitutivas do “adoecimento” dos sujeitos.” (Rozemberg & Minayo, 2001, p. 117)

O histórico da Atenção à Saúde no Brasil no período pré-sus tem uma forte influência do sanitarismo campanhista, marcado por um modo de atenção baseado em programas verticalizados, genéricos, de gestão centralizada (Merhy et al, 2004) e por isso pouco sensível às particularidades de cada região de saúde e também dos Sujeitos. A Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, aparece como um antídoto às concepções que tendem a desconsiderar a autonomia dos trabalhadores e dos usuários. Preocupada com a afirmação da indissociabilidade entre gestão e atenção à saúde, a PNH pauta-se pela ampla democratização nas instituições, visando a produção de corresponsabilização.

O termo humanização, ao contrário do que um olhar apressado poderia sugerir, não se propõe a propagar uma ideia idealizada do humano (Benevides e Passos, 2005), mas pelo contrário, busca afirmar a sua condição de perene transformação, retirando-o de uma posição abstrata e distante do mundo concreto, tomando-o em sua singularidade e complexidade (Pereira e Barros, 2009). As propostas da PNH não se limitam a propor mais sensibilidade e afeto aos profissionais no seu cotidiano de trabalho, mas antes é radical ao interpelar uma dimensão ética contida nas práticas que muitas vezes são travestidas apenas de técnicas.

Apesar das suas discussões tocarem em temas um tanto filosóficos, a Política de Humanização possui um diferencial com relação à maioria das demais políticas que se traduz em uma preocupação significativa com o fazer cotidiano dos profissionais em sua dimensão concreta. Longe de ser um manual ou conjunto de prescrições, as cartilhas da PNH costumam trazer discussões importantes em uma linguagem acessível e a partir de dicas práticas. Em um momento do ano, quando discutíamos com toda a equipe sobre

possíveis contribuições da Psicologia ao cuidado dos pacientes com doenças crônicas, foi na PNH onde encontramos o principal subsídio para esse diálogo.

As recomendações da PNH trabalhadas com a equipe indicavam práticas que não tentassem reduzir os sujeitos ao seu diagnóstico; evitar recomendações pastorais que tendem a culpabilizar os usuários; tentar não assustá-los; perguntar ao usuário o que ele conseguiu entender do que lhe foi explicado; trabalhar não só com o combate à doença, mas também com a produção de vida, mantendo um equilíbrio (Brasil, 2007). Tais contribuições bastante concretas tinham a função de instrumentalizar a equipe, buscando evitar posturas abstratas para as quais as intervenções afeitas aos aspectos subjetivos (psis ou não) tendem a resvalar.

Correia et al (2017) ao analisarem uma parte das produções sobre o NASF no Brasil, apontam que é comum que os profissionais busquem apenas no interior do arcabouço teórico da própria categoria, o que termina por produzir um paradoxo:

“Afiml, são buscadas respostas no espaço ‘intra-área’, desconsiderando-se o fato de que a iniciativa se baseia justamente em seu oposto, ou seja, na articulação interdisciplinar, que pressupõe colaboração entre diversos saberes e atuações profissionais. Buscam-se respostas no núcleo de competência e responsabilidade de cada profissão, quando as questões advêm justamente da necessidade de sua extrapolação, por meio de práticas em campos comuns de competência e responsabilidade (CAMPOS; DOMITTI, 2007).” (p. 352)

A partir da nossa prática, a evocação da Política Nacional de Humanização cumpre a função de criar uma ferramenta comum entre os diversos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, facilitando a conciliação dos aspectos subjetivos, sociais e biológicos que atravessam as histórias dos sujeitos, portadores ou não de doenças crônicas.

3. Considerações finais

As análises e explorações acerca dos fazeres da Saúde Mental e da Psicologia na Atenção Primária à Saúde são fundamentais para a consolidação e construção de um modelo de cuidado pautado em compromissos éticos profundos, que levam em consideração a fomentação à autonomia dos sujeitos envolvidos (tanto usuários quanto trabalhadores) e o fortalecimento da democracia. Tal afirmação é útil, pois ajuda a perceber que a APS e a Atenção Psicossocial podem e devem compartilhar mais do que princípios operacionais em sua atuação. Além disso, a consolidação da atenção à Saúde Mental como uma pauta a ser compartilhada entre Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Saúde da Família, entre Equipes de Referência e Apoiadores, é uma condição fundamental para um efetivo cuidado às inúmeras pessoas que possuem algum tipo de sofrimento psíquico e a consolidação de um modelo público, universal e que cuida em liberdade.

No momento atual, quando os ambulatórios especializados em saúde mental, velhos conhecidos pela falta de efetividade e iatrogenia, ameaçam retornar como pontos da Rede de Atenção Psicossocial, a preocupação pelo papel da Atenção Primária à Saúde nos cuidados em Saúde Mental merece ainda mais atenção, principalmente diante da sua capacidade de dar conta aos transtornos mentais leves, demanda que tem em muito aumentado nos dias atuais (WHO, 2017). Sem poder ignorar essa demanda, é que se deseja afirmar nesse trabalho o atendimento individual em Psicologia como uma ferramenta de trabalho possível e necessária, embora de modo algum exclusiva, no cotidiano da Atenção Primária.

Esta proposta de reafirmação da clínica e do atendimento individual como um saber e um fazer úteis para o trabalho nos Centros de Saúde não pretende desconsiderar os questionamentos que se levantam a respeito do compromisso social e político dos profissionais clínicos da Psicologia, mas antes, entende que não é somente a mudança de enquadre e *setting*, tal como atendimento em grupo ou compartilhado, que garante tal compromisso. A necessidade de pautar uma escuta sensível às determinações sociais e territoriais daqueles que demandam atendimento segue viva e o contraponto que aqui se faz não pretende de modo algum diminuir a importância desses elementos; pelo contrário, o que se pretende também é pensar como as questões suscitadas a partir dos

atendimentos individuais na Atenção Primária podem ajudar a olhar criticamente para alguns elementos das teorias psicológicas que embasam as propostas clínicas.

A caracterização do trabalho da Psicologia no NASF como dividida entre o “especialismo e o apoio” (Sousa et al, 2015) não é entendida aqui como um momento transitório diante de uma implementação ainda insuficiente da política. A concepção defendida aqui vai contrária àquelas que querem fazer crer que os atendimentos individuais são incompatíveis com a função de apoio, sendo apenas uma questão de tempo e vontade política a consolidação do psicólogo como apoiador que não realiza atendimentos individuais. Foi tendo em mente essa preocupação que este trabalho buscou descrever aqui as possibilidades e limites do trabalho do psicólogo na Atenção Primária ocupando essas duas posições.

Seguindo esse caminho, é importante localizar o trabalho da Psicologia na Atenção Primária a partir das discussões sobre o Sujeito no âmbito da Saúde Coletiva, de modo a produzir pontos de encontro com as práticas realizadas por outros profissionais no Sistema Único de Saúde, mas também de repensar criticamente os compromissos políticos e éticos do seu próprio fazer enquanto núcleo profissional. Buscar pontos de conexão entre esses dois é também estratégico para a superação do modelo biomédico, que tende a excluir tanto os determinantes sociais quanto a subjetividade.

O levantamento e a análise de possíveis aspectos subjetivos ou de saúde mental presentes nos casos que chegam até as Equipes de Saúde da Família deve sempre ter em conta a necessidade de evitar a “psicologização” dos casos. As contribuições da Psicologia devem ter sempre em conta a necessária condução dos casos a partir de uma lógica complexa (Rozemberg & Minayo, 2001), o que pode contribuir para que as Equipes de Saúde da Família não tratem como sinônimo a presença de aspectos subjetivos e a intervenção do especialista em Saúde Mental.

Em algumas ocasiões, principalmente no cuidado aos pacientes portadores de doenças crônicas, as intervenções do Psicólogo podem inclusive contribuir para evitar que explicações individualizantes, que tendem a colocar apenas sob os indivíduos a responsabilidade adoção ou não adoção de práticas saudáveis, por exemplo. Neste

intuito, a noção de “estilo de vida saudável”, que tem se popularizado entre leigos e profissionais, deve ser problematizada, já que tende a transferir para os indivíduos a responsabilidade diante da “escolha” de hábitos deletérios à saúde (Castiel e Álvarez-Dardet, 2007; Castiel et al, 2010).

As críticas direcionadas à Psicologia e ao seu apoio em um “ideário individualista” (Dimenstein, 2000) podem ser igualmente estendidas às abordagens de promoção da saúde que se pautam a partir da noção de “estilo de vida”, que tende a perceber as pessoas como o lócus a partir do qual emanaria a motivação para a adoção de comportamentos saudáveis.

As ideias levantadas ao longo do texto que procuram pôr em perspectiva os questionamentos aos atendimentos individuais não pretendem de modo algum defender tal prática como única ou principal forma de estruturação do processo de trabalho do psicólogo na APS. Ainda que as demandas endereçadas pelas equipes e pelos próprios usuários precisem ser questionadas e reinterpretadas, sendo essa uma condição muitas vezes uma condição preliminar do trabalho do psicólogo (Nepomuceno e Pontes, 2017) o que temos observado em nossa experiência é que o atendimento individual em alguns casos constitui-se em uma ferramenta oportuna frente às muitas possibilidades de sofrimento dos sujeitos.

O modelo consolidado no Brasil nos últimos anos, a partir do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e da Reforma Psiquiátrica Antimanicomial, tem toda (ou quase toda) oferta de cuidado em Saúde Mental disponível às pessoas com algum nível de sofrimento psíquico estruturado a partir das Equipes de Saúde da Família, dos NASF e dos Centros de Atenção Psicossocial. Esta conformação dos serviços, embora ainda incipiente, está sob ameaça diante dos recentes retrocessos indicados pelo Ministério da Saúde, a partir do lançamento recente de um conjunto de portarias que prometem fazer ressurgir serviços que foram preteridos pela Reforma Psiquiátrica justamente pela sua inconformidade com os caros princípios de um cuidado comunitário e em liberdade.

A Portaria 3.588 (Brasil, 2017) em muitos aspectos desconsidera a Lei 10.2016, conhecida como lei da Reforma Psiquiátrica, e dentre outros retrocessos, aumenta o repasse para Hospitais Psiquiátricos e recriam os antigos ambulatórios, agora com o

nome de “Equipes Multiprofissionais de Atenção Especializada”. A retomada dos serviços ambulatoriais enquanto diretriz política nacional vem justificada nas novas portarias a partir da necessidade de ampliar o acesso à assistência em saúde mental para os transtornos mentais mais prevalentes, tais como: transtorno de humor, transtorno de ansiedade e dependência química (Brasil, 2017).

Não se pode negar que tais propostas de mudança no campo da saúde mental fazem parte de um conjunto de retrocessos que tem atingido o campo da saúde no período pós-impeachment, dentre eles podemos citar o congelamento do orçamento da saúde nos próximos 20 anos e a Reforma da Atenção Básica proposta pelo novo governo. A proposta de retomada dos ambulatórios busca justificar a sua relevância num ponto em que a Reforma Psiquiátrica avançou pouco até então, que é justamente a atenção aos transtornos mentais “comuns” ou “leves”.

No entanto, ao contrário do que propõe a nova portaria, acreditamos que a solução para tais questões está na radicalização da Reforma Psiquiátrica e não no seu recuo; acreditamos que a proposição de ofertas de cuidado em saúde mental mais robustas na Atenção Primária à Saúde, envolvendo profissionais especialistas, é fundamental para dar o “passo adiante” que até então foi adiado. É possível que este momento nos sirva justamente para lançar um olhar diferente para os cuidados em saúde mental na Atenção Primária, evitando a medicalização do sofrimento, mas também a negligência das demandas.

Ao propormos que o trabalho do psicólogo seja um misto entre “o especialismo e o apoio”, fazemos uma tentativa de não negligenciar as demandas cada vez mais crescentes por atendimentos especializados de saúde mental ao mesmo tempo em que se mantém a premissa de que os serviços ambulatoriais, com práticas fragmentadas e distantes da comunidade, não são a solução que pretendemos buscar. Acreditamos que a consolidação do trabalho do Psicólogo na APS, com liberdade para combinar distintas estratégias juntamente com equipes disponíveis a olhar as singularidades (Campos, 2016), alternando práticas coletivas e individuais e sempre atento aos aspectos socioeconômicos que compõem e ordenam as demandas de cada território, pode funcionar com um dos antídotos às propostas da contrarreforma psiquiátrica em curso.

As demandas e possibilidades dos atendimentos individuais, os impasses em torno dos atendimentos compartilhados e as possibilidades de aportes da Psicologia a partir de um dispositivo grupal foram temas aqui abordados com o intuito de demonstrar o trânsito entre as atividades de núcleo e campo, entre uma clínica própria de cada profissão e uma clínica ampliada, como uma necessidade premente para uma atuação eficaz e eficiente do psicólogo na APS, seja inserido a partir do NASF ou diretamente em uma equipe de Saúde Mental.

Campos (2016), ao discutir o surgimento da proposta de clínica ampliada, demonstra que esta noção nasce a partir da proposta de repensar a crítica absoluta que foi elaborada sobre as várias modalidades de clínica, “como se ações coletivas fossem suficientes para todas as situações” (p. 38); o objetivo da ampliação das clínicas, entendidas como o fazer específico de cada núcleo profissional, vem “por reconhecer que havia valor de uso em cada uma delas” (p. 38). A partir dessa perspectiva é que entendemos aqui que é possível e necessária a conciliação entre práticas individuais e coletivas, com profissionais atentos às singularidade, de modo que os casos atendidos, as particularidades e as demandas de cada território, que podem inclusive variar de acordo com o tempo, possam dar a dosagem da combinação ideal entre estes diferentes dispositivos e estratégias.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica n° 35: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2014.162p. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_doenca_cronica_cab35.pdf. Acesso em 20 de janeiro de 2018.

BRASIL. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde 2007. 60p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_2ed.pdf> Acesso em 28 de dezembro de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2010: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde.** Brasília, 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2010.pdf> Acesso em 14 de janeiro de 2018.

_____. **Portaria n° 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília-DF, 25 jan. 2008. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html> Acesso em: 08 de janeiro de 2018.

_____. **Portaria n° 256, de 11 de março** de 2013. Estabelece novas regras para o cadastramento das equipes que farão parte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família(NASF) Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2013/prt0256_11_03_2013.html Acesso em 15 de janeiro de 2018.

_____. **Portaria N° 409, de 23 de julho de 2008.** Institui a FCES – Ficha Complementar de Cadastro das Equipes de Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF, no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – SCNES. Diário Oficial da União, 23 de julho de 2008b. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2008/prt0409_23_07_2008_comp.html> Acesso em 08 de janeiro de 2018.

_____. **Portaria 3.588, de 21 de dezembro de 2017.** Dispõe sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>> Acesso em 08 de janeiro de 2018.

CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. **As armadilhas da "concepção positiva de saúde".** *Physis* [online], vol.17, n.1, pp.63-76, 2007. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a05.pdf> > Acesso em 15 de janeiro de 2018.

CAMPOS, Gastão W. S. Saúde mental e atenção primária: apoio matricial e núcleos de apoio à saúde da família. In. NUNES, Monica; LANDIM, Fátima L. P. (Org) **Saúde Mental na Atenção Básica: Política e Cotidiano**. Salvador: Edufba, 2016.

_____. **Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.5, n.2, pp.219-230, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200002&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 10 de janeiro de 2018.

_____. **Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Saúde Paidéia, São Paulo: Editora Hucitec, 2002. Disponível em <<http://www.pucsp.br/prosaude/downloads/bibliografia/CLINICAampliada.pdf>> Acesso em 25 de janeiro de 2018.

_____. DOMITTI, A. C. **Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde**. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016> Acesso em 28 de dezembro de 2017.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. Campinas/SP, 2002. Tese de Doutorado Unicamp, 189 páginas.

CASTIEL Luis. D.; DARDET Carlos Álvarez. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007. 136 p.

_____.; GUILAM, M. C. R.; FERREIRA, M. S. **Correndo o risco: uma introdução aos riscos em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010. 134p. (Coleção Temas em Saúde).

CHIAVERINI, Dulce Helena (org). **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2011. 236p
Disponível em: <
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_matriciamento_saudemental.pdf
> Acesso em: 25 de janeiro de 2018.

CORREIA, Patrícia Caroline I.; GOULART, Patrícia M.; FURTADO, Juarez Pereira. **A avaliabilidade dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf)**. Saúde debate, Rio de Janeiro, vol.41, n.spe, pp.345-359, 2017. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042017000500345&lng=en&nrm=iso&tlng=PT>, Acesso em 20 de janeiro de 2018.

DIMENSTEIN, Magda. **A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde**. Estud. Psicol. Natal, RN, vol .5 n.1, jan./jun, 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2000000100006> Acesso em 25 de janeiro de 2018.

_____.; MACEDO, João Paulo. **Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial.** Psicologia, Ciência e Profissão, Brasília/DF, vol. 32, pp. 232-245, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932012000500017> Acesso em 26 de janeiro de 2018.

FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. **Em defesa da sociedade.** São Paulo: Martins Fontes, p. 285-315, 1999.

HUNING, Simone. M.; GUARESCHI, Neuza. M. F. Efeito Foucault: desacomodar a psicologia. In: HUNING, S. M.; GUARESCHI, N. M. F (Orgs.). **Foucault e a psicologia.** Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005. Disponível em <<https://pt.scribd.com/document/217076412/Foucault-e-a-Psicologia>> Acesso em 18 de janeiro de 2018.

LOPES, Tânia Duque. **História da Saúde Mental na Atenção Básica: Narrativas de um Processo de Construção em Campinas.** Campinas/SP, 2015. Dissertação de Mestrado Unicamp, 212 páginas.

MELLO FILHO, Júlio; SILVEIRA, Lia M. C. **Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral à saúde.** Revista Brasileira Educação Médica, Rio de Janeiro, v.29, n. 2, PP. 147-151, 2005. Disponível em <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2005/volume29_2/consulta_conjunta.pdf> Acesso em 18 de janeiro de 2018.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F.P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org) **Municípios: a gestão da mudança em saúde.** Recife: UFPE; 2004. Disponível em <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/indexados-30.pdf>> Acesso 30 de janeiro 2018.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva.** Ciênc. saúde coletiva [online], vol.6, n.1, pp.07-19, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-812320010001_00002&lng=pt&tlng=pt> Acesso em 10 de janeiro de 2018.

NEPOMUCENO, Léo B.; PONTES, Ricardo J. A construção social da demanda para Psicologia na Estratégia de Saúde da Família. In: EUZÉBIOS FILHO, Antônio (Org) **Psicologia(s) para Além do Consultório: Reflexões e Contextos de Atuação.** Curitiba: Juruá Editora, 2017.

ONOCKO-CAMPOS, Rosana. **Clínica: a palavra negada - sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de saúde mental.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98-111, 2001. Disponível em <<https://www.fcm.unicamp.br/fcm/sites/default/files/paganex/rosana2001clinicaapalavraneogada.pdf>> Acesso em 18 de janeiro.

PAIM, Jairnilson S. ; ALMEIDA- FILHO, Naomar de. **Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas?**. Rev. Saúde Pública [online]. 1998, vol.32, n.4, p.299-316.

PEREIRA, Eduardo Henrique P.; BARROS, Regina Duarte B. de. Humanização. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**, 2009. Disponível em <<http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/hum.html>> Acesso em 18 de janeiro de 2018.

RINALDI, Doris L.; BURSZTYN, Daniela C. **O desafio da clínica na atenção psicossocial**. Arq. Bras. Psicol., Rio de Janeiro, v. 60, n.2, jun. 2008. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672008000200005> Acesso em 15 de janeiro de 2018.

ROZEMBERG, Brani; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **A experiência complexa e os olhares reducionistas**. Ciênc. saúde coletiva [online], vol.6, n.1, pp.115-123, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em 28 de dezembro de 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. São Paulo: Arq. Bras. Cardiol., vol.95, n.1 supl.1, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2010001700001> Acesso em 28 de janeiro de 2018.

SOUSA, Diogo de; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de ; COSTA, Ana Ludmila F. **Entre o especialismo e o apoio: psicólogos no Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Psicol. USP [online]. vol.26, n.3, pp.474-483, 2015. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/0103-656420140059>> Acesso em 10 de janeiro de 2018.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Depression and Other Common Mental Disorders**. Global Health Estimates, 2017. Disponível em <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/254610/1/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?ua=1>> Acesso em 10 de janeiro de 2018.