

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

PRISCILA FERREIRA DE OLIVEIRA

**Ser psicólogo enquanto trabalha(dor) da Saúde: implicações e desafios da atuação na  
Atenção Primária à Saúde**

Maringá  
2020

PRISCILA FERREIRA DE OLIVEIRA

Versão final da dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestra em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Elias da Silva  
Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Sylvania Mara Pires de Freitas.

Maringá  
2020

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

O48s	<p>Oliveira, Priscila Ferreira de</p> <p>Ser psicólogo enquanto trabalha(dor) da Saúde: : implicações e desafios da atuação na Atenção Primária à Saúde / Priscila Ferreira de Oliveira. -- Maringá, PR, 2020. 139 f.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Guilherme Elias da Silva. Coorientadora: Profa. Dra. Sylvania Mara Pires de Freitas. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2020.</p> <p>1. Psicólogo - Políticas públicas. 2. Psicólogo - Saúde coletiva . 3. Psicólogo - Trabalhador - Saúde. 4. Existencialismo (Psicologia). 5. Psicologia - Formação profissional. I. Silva, Guilherme Elias da, orient. II. Freitas, Sylvania Mara Pires de, coorient. III. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 23.ed. 150.92</p>
------	--

PRISCILA FERREIRA DE OLIVEIRA

**Ser psicólogo enquanto trabalha(dor) da Saúde: implicações e desafios da atuação na  
Atenção Primária à Saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá para exame de qualificação.

Aprovado em: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Guilherme Elias da Silva  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof.<sup>a</sup> Dra. Ednéia José Martins Zaniani  
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Prof.<sup>a</sup> Dra. Zuleica Pretto  
Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)

## AGRADECIMENTOS

Ao mesmo tempo em que estas páginas foram materializadas por mim, também fui me compondo delas. Precisei trabalhar-me junto com as palavras escritas. Diante deste desafio cognitivo e também afetivo, pude contar com a contribuição, a participação e o apoio de algumas importantes pessoas – sem as quais teria sido muito difícil finalizar esta árdua tarefa. Entre estas pessoas, agradeço especialmente:

Ao meu amado pai, Joaquim (*In Memoriam*), que foi quem me deixou as heranças e as inspirações mais preciosas: os exemplos de serenidade, resistência e generosidade, bem como o desejo sempre vivo de conhecer o mundo, que fizeram florescer em mim a dedicação pelo saber. Reconheço suas heranças em mim e busco atualizar sua presença nos caminhos que tenho percorrido.

À minha doce mãe, Maria, que está sempre correndo ao meu lado, com respeito e companheirismo. Mesmo não conhecendo ou tendo percorrido alguns dos meus caminhos, você me encoraja e me permite ter asas para alçar voo. Agradeço imensamente por sempre acreditar em mim e por comemorar cada passo que dou.

Ao meu amado companheiro, Pedro: meu apaixonante cúmplice dos intermináveis questionamentos sobre a existência. Agradeço por estar sempre ao meu lado, me encorajando e me desafiando a encarar a vida. Além disso, para além do laço afetivo, gostaria de reconhecer seu empenho e competência enquanto revisor gramatical destas páginas. Graças a seu trabalho excepcionalmente dedicado e cuidadoso, apresento aqui uma escrita mais precisa e lapidada. Em tempos de desvalorização do conhecimento e banalização do uso das palavras, vejo o quanto é importante reconhecer aqueles possuem compromisso com o mundo das escritas.

Ao Prof. Dr. Guilherme Elias da Silva, meu querido orientador. A quem sou muito grata pela confiança, pelo suporte imensurável e pelo acolhimento. Para além de um professor repleto de conhecimento, competência e vivacidade, se mostrou uma pessoa extremamente ética e

sensível, tendo permitido e estimulado que o lado humano desta produção também fosse exprimido nestas páginas.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Sylvia Mara Pires de Freitas, minha orientadora de longa data e coorientadora deste trabalho, a qual, desde os primeiros anos na Psicologia, me enche de admiração. A você devo agradecer imensamente por me apresentar a filosofia da Existência e me ensinar a pesquisar: por ter me permitido seguir meus próprios caminhos, sem nunca deixar de orientar e direcionar. A sua postura dedicada e implicada, assim como seu olhar lúcido, vivo e questionador foram responsáveis por me colocar sempre um passo adiante.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Ednéia José Martins Zaniani, pela cuidadosa avaliação destas páginas e pelas discussões e leituras promovidas em suas aulas, que despertaram reflexões importantíssimas para o desenvolvimento deste trabalho. Além de nos ensinar a pensar a Psicologia por um viés histórico-crítico, faz este ato político de modo dedicado e sensível.

À Prof.<sup>a</sup> Dra. Zuleica Pretto, pelas valiosas considerações e contribuições feitas na banca de qualificação. Agradeço muitíssimo por ter olhado com tanto cuidado, competência e sutileza o conteúdo desta dissertação e por fazer este trabalho com tanta afetividade e respeito.

À Valéria Sanzovo, minha amiga e parceira de trabalho, com quem divido angústias e aspirações e com quem percorro os desafios da vida profissional. Agradeço pela cumplicidade e companheirismo.

Às amigas de mestrado, Tamara, Raíssa e Paola, com quem, diante das dificuldades da condição de ser mestranda, criei um vínculo de respeito, cumplicidade e apoio.

À minha irmã de alma Isabella, que, mesmo na distância do dia-a-dia, permanece acompanhando meus passos e entendendo os meus caminhos, sem que tantas palavras se façam necessárias.

À minha querida terapeuta, Laís, que me encorajou a percorrer o meu próprio modo de fazer pesquisa.

E, por fim, aos trabalhadores do SUS, fundamentalmente importantes, pois estão, efetivamente, à frente das difíceis questões das políticas públicas. Mesmo diante da rotina repleta de tensionamentos, os psicólogos entrevistados me acolheram com atenção, respeito e confiança, viabilizando o que considero ser a parte mais importante deste trabalho: suas ricas vivências.

*Não são as ideias que modificam os homens,  
não basta conhecer uma paixão pela sua causa  
para suprimi-la, é preciso vivê-la, opor-lhe  
outras paixões, combatê-la com tenacidade,  
enfim, trabalhar-se.*

(Jean-Paul Sartre)



## **Ser psicólogo enquanto *trabalha(dor)* da Saúde: implicações e desafios da atuação na Atenção Primária à Saúde**

### **RESUMO**

A presente pesquisa se debruça sobre a implicação do psicólogo na Atenção Primária à Saúde e sobre os desafios práticos de seu trabalho na Unidade Básica de Saúde. Entendendo que o campo sociomaterial é produzido pelas ações humanas e que sua facticidade carrega determinações históricas e socioculturais para os sujeitos, partimos do pressuposto de que também o psicólogo, ao se intrinchar em um espaço de trabalho, não só constitui este espaço, como também é constituído por ele. Neste caso, se mostra fundamental conhecer como o Psicólogo se implica na Atenção Primária à Saúde, a partir de um ponto de vista particular, concreto e histórico, a fim de que possamos abordar os serviços de saúde no âmbito das políticas públicas. A pesquisa, delineada em metodologia qualitativa, fenomenológica e de cunho compreensivo, lança mão de entrevistas semiestruturadas para acessar a percepção e a vivência de psicólogos da Atenção Primária à Saúde. Por intermédio desta metodologia foi possível compreender: alguns dos desafios vivenciados por psicólogos de Unidades Básicas de Saúde; diversos significados imprimidos no e pelo trabalho; e, por fim, como tais psicólogos lidam com os desafios com os quais se deparam na prática. Os resultados obtidos foram compreendidos à luz do pensamento de Jean-Paul Sartre e de sua proposta sociológica, bem como por meio de pesquisas contemporâneas que versam sobre a Reforma Sanitária, a Saúde Coletiva, a Reforma Psiquiátrica, a Atenção Psicossocial e os desafios do Sistema Único de Saúde. O presente estudo discute sobre a condição particular de cada psicólogo entrevistado, levando em consideração as situações concretas de seus respectivos trabalhos, a fim de que possam ser compreendidas questões universais dos campos da Atenção Primária à Saúde, da Saúde Pública e do trabalho do Psicólogo na contemporaneidade.

**Palavras-chave:** Política pública. Saúde Coletiva. Práxis. Existencialismo. Psicologia.

## **Being a psychologist as a health worker: implications and challenges of acting in Primary Health Care**

### **ABSTRACT**

This research focuses on the psychologist's implication in Primary Health Care and on the practical challenges of his work in the Basic Health Unit. Understanding that the sociomaterial field is produced by human actions and that its facticity carries historical and sociocultural determinations for the subjects, we assume that the psychologist too, when entangling himself in a workspace, not only constitutes this space, but also is constituted by it. In this case, it is essential to know how the Psychologist is involved in Primary Health Care, from a particular, concrete and historical point of view, so that we can approach health services within public policies. The research, outlined in qualitative, phenomenological and comprehensive methodology, used semi-structured interviews to access the perception and experience of Primary Health Care psychologists. Through this methodology it was possible to understand: some of the challenges experienced by Basic Health Units psychologists; various meanings given to and by work; and, finally, how such psychologists deal with the challenges they face in practice. The results obtained were understood according to the thought of Jean-Paul Sartre and his sociological proposal, as well as through contemporary researches that debate the Health Reform, the Public Health, the Psychiatric Reform, the Psychosocial Attention and the Unified Health System challenges. The present study discusses the particular condition of each psychologist interviewed, taking into account the concrete situations of their respective works, so that can be understood universal issues in the fields of Primary Health Care, Public Health and the work of the Psychologist in contemporary.

**Keywords: Public policies. Collective health. Praxis. Existentialism. Psychology.**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>	<b>13</b>
1.1 A REFORMA SANITÁRIA E SUA IMPORTÂNCIA PARA A PROPOSIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	19
1.2 A POSITIVAÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL.....	22
1.3 O IDEAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E SUA EFETIVAÇÃO PELO PROGRAMA DA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	26
1.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES PARA O COMPROMISSO SOCIAL DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	33
<b>2. PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INTERSEÇÃO ENTRE REFORMA PSIQUIÁTRICA E REFORMA SANITÁRIA.....</b>	<b>42</b>
2.1 UMA CLÍNICA POSSÍVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	47
2.2 O COMPROMISSO DO PSICÓLOGO ENQUANTO INTELECTUAL.....	51
<b>3. METODOLOGIA.....</b>	<b>55</b>
3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DA PESQUISA.....	58
3.2 PROCEDIMENTOS.....	62
3.3 APREENSÃO DO FENÔMENO E ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DADOS.....	64
<b>4. SENTIDOS DE <i>SER PSICÓLOGO</i> NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE..</b>	<b>65</b>
4.1 O SER IDEALIZADO DO PSICÓLOGO.....	65
4.2 O PSICÓLOGO ENQUANTO UM SER CUIDADOR.....	67
4.3 A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAMPO DO TRABALHO: UM SER	

SUBMETIDO ÀS CONDIÇÕES DE ESCASSEZ DA SOCIOMATERIALIDADE.....	70
4.4 PERTENCIMENTO OU DESPERTENCIMENTO: COMO É SER PSICÓLOGO NA UBS.....	73
<b>5. RELAÇÕES DO TRABALHADOR COM A MATERIALIDADE: O LADO TÉCNICO-OPERACIONAL DO TRABALHO.....</b>	<b>81</b>
5.1 A MATERIALIDADE DO SER PSICÓLOGO PELO PONTO DE VISTA DA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA.....	82
5.2 CAMPO SOCIOTÉCNICO APRESENTADO PELAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	83
5.3 O OLHAR SOBRE A ESCASSEZ: VISLUMBRANDO MUDANÇAS NA SOCIOMATERIALIDADE.....	87
<b>6. O COMPROMETIMENTO ÉTICO-POLÍTICO DO PSICÓLOGO COM A SAÚDE PÚBLICA.....</b>	<b>88</b>
6.1 ENGAJAMENTO DO PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS.....	89
6.2 ENGAJAMENTO E AFETO DO PSICÓLOGO PELO SEU TRABALHO.....	94
6.3 A PERDA DO(S) SENTIDO(S) DO TRABALHO: ALIENAÇÃO E FRUSTRAÇÃO.....	98
<b>7. DESAFIOS DE SER PSICÓLOGO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE.....</b>	<b>102</b>
7.1 O ESPECIALISMO NA SAÚDE: DISCIPLINARIZAÇÃO, FRAGMENTAÇÃO E INDIVIDUALIZAÇÃO DO SABER COMO BARREIRAS AO TRABALHADO.....	103
7.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM TEMPOS DE ACIRRAMENTO DA POLÍTICA NEOLIBERAL.....	108

7.3 ENFRENTANDO OS DESAFIOS DA APS: PRÁXIS, RESISTÊNCIA E LUTA COLETIVA.....	112
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS: POSSIBILIDADES DE SER TRABALHADOR EM UM CAMPO “ABERTO E EM DISPUTA”.....</b>	<b>120</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>124</b>
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA A ENTREVISTA .....</b>	<b>129</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....</b>	<b>132</b>

## INTRODUÇÃO

Tentando recuperar a origem desta pesquisa, me deparei com meus encontros com o Sistema Único de Saúde (SUS), os quais se deram em dois momentos: inicialmente, a partir das políticas escritas e oficializadas e do ideal de saúde comunitária, igualitária e integral, que despertaram encantamento durante minha formação em Psicologia; e, posteriormente, em meu contato com o campo prático da saúde, no qual eu buscava reconhecer, na prática dos trabalhadores, a efetivação das políticas e do ideal subjacentes. Lembro-me de ver no SUS a possibilidade de agir sobre as dores agudas dos indivíduos, invisibilizadas pela nossa sociedade, e a oportunidade de o psicólogo trabalhar a partir de uma prática integral, inventiva e comprometida em mudar a realidade.

Parecia que o SUS poderia oferecer um campo de atuação propício para o desenvolvimento e a ampliação das ações da Psicologia, direcionadas à promoção do bem-estar coletivo, da cidadania e da autonomia dos sujeitos. Particularmente, a Unidade Básica de Saúde – enquanto porta de entrada fundamental para o cuidado primário da comunidade – poderia promover ações preventivas e se antecipar às doenças e aos agravos de saúde, estando próxima, aberta e acessível às pessoas.

Ao passo que fui me aproximando do cotidiano dos serviços de saúde e entrando em contato<sup>1</sup> com os trabalhadores do SUS, este ideal ia se revelando cada vez mais distante e difícil de ser consolidado. Tal Sistema se mostrava insuficiente no que concerne à promoção da saúde e da autonomia de seus usuários, quanto às práticas de autocuidado, e sequer eficaz em assegurar o exercício da cidadania dos mesmos, uma vez que as práticas efetuadas se limitavam ao tratamento da doença, a partir de abordagens que fragmentam e reificam o usuário. Entretanto, até aquele momento, eu não pensava naqueles que estavam concretizando as políticas públicas de saúde: os *trabalhadores*.

A partir do contato com os serviços, como psicóloga-residente, eu apreendia o trabalhador de modo fragmentado e distanciado, olhando para a assistência sem levar em conta como era produzir aquele trabalho – embora fosse este trabalhador quem estava na

---

<sup>1</sup> Contato que se deu por meio do *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde)* e, posteriormente, do trabalho como psicóloga a partir do *Programa de Residência Multiprofissional Integrado em Urgência e Emergência* da Universidade Estadual de Maringá.

linha de frente dos serviços, nas mediações concretas entre a política e a sociomaterialidade, possibilitando ou não a consolidação efetiva dos objetivos previstos no papel.

Ao me deparar com as dificuldades cotidianas dos trabalhadores, pude perceber alguns obstáculos que enfrentavam: os profissionais da saúde precisavam lançar mão de seus conhecimentos e técnicas para encontrar soluções para os casos concretos de vulnerabilidade, descaso e precariedade advindos do contexto social atendido. E as encontravam, na medida do possível, embora eles próprios também se sentissem precarizados e desvalorizados pela gestão, diante das condições de trabalho insalubres, da ausência de apoio e da falta de recursos básicos enfrentados diariamente. Os sentimentos de descontentamento e solidão dos trabalhadores eram pungentes, mas estavam velados, sendo expressos, geralmente, apenas entre eles mesmos nos corredores destes serviços. Embora dividissem o mesmo espaço de trabalho, os profissionais da saúde buscavam dar conta das dificuldades do serviço por meio de lutas solitárias e deslocadas, que se mostravam insuficientes para solucionar as situações-problemas. Diante das demandas complexas e intensas, os trabalhadores, frequentemente, adotavam soluções imediatas e reparadoras, como minimizar filas de espera e suprir quantitativamente as demandas, sem, no entanto, efetivar o preconizado.

A partir desta experiência eu percebia que, como estavam sempre ocupados, os trabalhadores da saúde não encontravam tempo para o necessário e o urgente, isto é, o cuidado ampliado, o diálogo em equipe, a produção coletiva em saúde e a participação social dentro do SUS. Além disso, suas condições não favoreciam a formação de estratégias integradas pela equipe: à parte do todo, os trabalhadores cuidavam de partes e pareciam partidos, cada um, solitariamente, manejando um pedaço do todo, sem atingir a integralidade do usuário, sem garantir a amplitude do direito deste à saúde e, por fim, sem realizar o papel preconizado por suas funções.

Enquanto psicóloga-residente na UBS, cabe contextualizar que, ainda que eu estivesse compartilhando com outros psicólogos atribuições e responsabilidades, eu também permanecia fora deste âmbito institucional, salvaguardada pelo vínculo com a Universidade, a qual fornecia a nós (residentes) apoio e orientação por meio de tutorias e aulas. Assim, por meio deste privilegiado contexto de formação, pude estranhar o ser psicóloga que me fora atribuído na UBS e, além disso, também pude debater, juntamente com outros profissionais residentes, sobre tal papel.

Ao refletir sobre a minha própria atuação, pude perceber que a *Psicologia*, assim como as demais áreas da saúde, *estava isolada dentro de uma lógica disciplinar-assistencialista-curativista*, apesar de estar circunscrita a um espaço particular. Tal como estava ali, a Psicologia reproduzia a abordagem fragmentada em saúde, o assistencialismo precário e a exclusão social, a partir de seu distanciamento em relação à comunidade e aos princípios da APS. Percebi que era esperado de nós (pela equipe, comunidade e gestão) que atendêssemos aos casos identificados por outros profissionais como “incumbência da Psicologia”, prioritariamente a partir de uma abordagem assistencialista e dentro de um *setting* clínico individualizado.

Adentrando no espaço designado à Psicologia da UBS, observei a dicotomia que nos ordenava, pois, se por um lado, as necessidades de saúde do corpo (suas síndromes, doenças e sintomas) eram dirigidas aos profissionais de saúde, por outro lado, cuidados específicos sobre o sofrimento humano e o adoecimento emocional eram demandados ao psicólogo. Sob esta cisão, surgia nosso espaço na unidade: o psicólogo, que estava ali isolado em um contorno disciplinar e prático, era colocado no lugar de um especialista dotado do saber-poder de acolher, traduzir e encontrar formas de, supostamente, curar a dor do outro. Entretanto, eu entendia que, por meio deste cuidado individualizado, o psicólogo-curador que tocasse a dor do outro, impreterivelmente, também entraria em contato com as condições de dor da existência: a fragilidade humana, o desamparo, a solidão, a inospitalidade da existência, o desespero humano e a desesperança. *Assim, ao encarar a dor de quem é cuidado por ele, o psicólogo também é convocado a se deparar com sua própria condição de ser humano, com sua própria dor.*

Coincidentemente, eu mesma sentia uma dor advinda da própria contradição de ser psicóloga neste serviço, pois, comprometida com o cuidado de alguns, eu descuidava de tantos outros, tendo em vista que, ao permanecer neste lugar de *assistência restrita*, me distanciava da própria efetivação da APS. Pressenti a necessidade de uma saída, mas antes de procurá-la, precisei recuperar as perguntas que eu estava fazendo e ir em busca dos conhecimentos que me serviriam como norte. As linhas aqui traçadas relatam brevemente este trajeto. E, embora tenham sido prematuras, *estas indagações e angústias, colocadas sobre análise, se mostraram fecundas, pois deram vida a estas páginas.*



## 1 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE BRASILEIRO E A CONSOLIDAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Para abordar a atuação do psicólogo<sup>2</sup> na Atenção Primária à Saúde, a partir de um ponto de vista particular, concreto e histórico, é elementar que retomemos o percurso da Saúde Pública no Brasil e o *movimento* de luta pela *Saúde Coletiva*, dando foco no surgimento da Atenção Primária e sua relação tanto com o movimento da *Reforma Sanitária* quanto com a consolidação do Sistema Único de Saúde. Posteriormente, buscaremos apresentar uma visão geral do *SUS*, conforme as diretrizes e princípios dispostos nos documentos oficiais, para, então, discutirmos a práxis do psicólogo neste campo.

Ao discutirmos *Saúde Pública* no Brasil, estamos nos referindo a uma longa história de ações e consolidações sanitárias que foram promovidas e garantidas pelo Estado na ordem pública, mas que não necessariamente visaram o fortalecimento da luta coletiva pela Saúde, tampouco mudanças de base, que alterariam as determinações sociais do fenômeno saúde. Ao nos referirmos à *Saúde Coletiva*, estamos tratando de um campo polissêmico de estudos e de práticas, que embora, sem dúvidas, tenha contribuído massivamente para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil, não esgotou seus recursos neste processo de institucionalização. Ainda que a Saúde Coletiva tenha impulsionado o SUS, o seu movimento epistemológico e ético-político não se restringiu ou se restringe às estruturações político-burocráticas: suas discussões teórico-conceituais e suas efetivações técnico-práticas implementaram uma nova perspectiva de saúde que permanece fértil e atuante nas políticas públicas na Saúde até hoje.

Ao retomar a distinção entre a Saúde Coletiva e as tradicionais práticas sanitárias públicas, Campos (2000) identifica como marcante, na proposição deste paradigma

---

<sup>2</sup> Embora concebamos que a linguagem nunca seja neutra, pois as convenções que a regulamentam estão sempre inseridas em um determinado contexto histórico, social e político, optaremos aqui pelo uso da flexão de gênero feminino apenas nas situações em que estivermos nos referindo às trabalhadoras concretas e particulares, ou seja, às participantes da pesquisa. Nos demais momentos, quando estivermos abordando a categoria abstrata e universal do profissional da Psicologia, não adentrando nos aspectos particulares e concretos das vivências deste, faremos uso da flexão de gênero (linguístico) masculino, no contexto desta pesquisa, com base no entendimento de que “é pacífica, [...] a informação de que a oposição masculino – feminino faz alusão a outros aspectos da realidade, diferentes da diversidade de sexo, e serve para distinguir os objetos substantivos por certas qualidades semânticas, pelas quais o masculino é uma forma geral, não marcada semanticamente, enquanto o feminino expressa uma especialização qualquer [...]”. (Bechara, 2015, p. 139).

alternativo, a ênfase ao social como categoria analítica primordial e a oposição ao objetivismo, positivismo e estruturalismo, nos quais se calcavam as práticas biomédicas centradas na doença e as ações preventivistas. Contribuições do *campo da Saúde Coletiva* ainda trouxeram uma *concepção dialética da determinação entre a sociedade e a saúde*: entende-se que, a partir da garantia das condições concretas para uma vida e existência dignas, a saúde poderia ser produzida e, em contrapartida, por meio da produção da saúde também surgiriam modos de vida mais satisfatórios, de forma a ser melhorada a condição concreta das pessoas.

No entanto, ao discutir as possibilidades da Saúde Coletiva na produção de novos saberes e práticas, Campos (2000) pontua que – embora na proposição inicial da Saúde Coletiva, sua finalidade tenha sido romper com um paradigma estrutural – é necessário, para permanecer operante em sua dialética, que este campo esteja aberto e seja composto por diferentes subjetividades, recusando assumir uma postura totalitária e disciplinar. Assim, a Saúde Coletiva não pode ser abordada, na prática, enquanto um processo encerrado e totalizado em mudanças paradigmáticas da saúde, tais como pela proposta da estratégia da Promoção da Saúde. Isto é, seus processos institucionais devem permanecer abertos e inacabados.

Lançando um breve olhar sobre a Saúde no Brasil atualmente, podemos reconhecer que, a partir da consolidação e da sistematização do SUS, importantes conquistas e ampliações foram modificando o cenário sanitário, como o aumento do alcance do sistema em âmbito nacional e o desenvolvimento de políticas de saúde mais diversificadas. Com sua sistematização, populações heterogêneas passaram a ter mais acesso à saúde e, no decorrer do desenvolvimento destas políticas de Estado, os serviços da psicologia acabaram se tornando mais disponíveis, em âmbito nacional, em diferentes pontos de atenção à saúde (primária, secundária e terciária).

Estamos nos referindo a um sistema de saúde concreto que, portanto, se localiza em um território geográfico, cultural e social específico, portanto, cabe aqui fazermos uma breve contextualização deste aspecto. A *República Federativa do Brasil* é composta pela união de 26 Estados e o Distrito Federal, possuindo um território de 8,5 milhões de quilômetros quadrados, o que representa 47% da área total da América do Sul. De acordo com a “Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação” (2020), realizada pelo IBGE, fazem

parte do território nacional aproximadamente 211 milhões de habitantes. Apesar de ter ampla extensão territorial e alta taxa demográfica em população absoluta, o Brasil sofre de má distribuição populacional, apresentando densidade demográfica desigual em suas regiões: maiores índices populacionais nas regiões Sudeste, Sul, Nordeste e Centro-oeste e menor índice na região Norte. Ao longo de sua extensão, o país ainda é marcado por uma rica e complexa diversidade geográfica, étnico-racial, cultural, religiosa e linguística, o que implica no desenvolvimento de distintos modos de vida: diferentes acessos materiais, produções, hábitos e comportamentos.

Contudo, é em meio a diversidade destes fatores que se dão os esforços para consolidar o SUS, enquanto uma conquista de direito histórica, social, política, popular e comunitária. As lutas políticas, as produções em saúde e as experimentações práticas neste campo – embora ocorram em diferentes espaços sociais e culturais e umas tenham certa autonomia em relação às outras – são orientadas por um projeto político-institucional unificado. Cabe destacar que *o Brasil é o único país do mundo com mais de 100 milhões de habitantes que possui um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito*. No entanto, sua efetivação, no que concerne à democratização do direito à equidade, à integralidade e à qualidade dos serviços em saúde, permanece sendo um de seus grandes desafios. Para que tal Sistema consiga atender às demandas da(s) realidade(s) de seu(s) território(s), complexificando sua estrutura e recursos, são requeridos amplos investimentos em recursos humanos, técnicas, tecnologias e insumos necessários.

Outro ponto que precisa ser elucidado, para que possamos caracterizar o campo em que o SUS se desenvolve, é a situação socioeconômica e geopolítica do Brasil. Como elucida Martin-Baró (1997), é importante localizar a situação dos países latino-americanos – que compõem um espaço geopolítico caracterizado por instabilidade política, violência, injustiça social, pobreza estrutural e exclusão – a fim de que possamos problematizar a função e o compromisso social do psicólogo no contexto em que ele exerce seu papel.

Embora seja privilegiado por suas abundantes riquezas naturais, o Brasil apresenta uma realidade marcada por uma grave desigualdade socioeconômica. Suas riquezas são concentradas por uma ínfima parcela da população, que é herdeira de poderes constituídos a partir de uma lógica escravocrata e colonialista, mas que mantém seu poder político e econômico por meio de um Estado que, na prática, atua em favor de seus interesses. Neste

cenário dominante, ainda que – por meio da ampliação de programas sociais, realizada na primeira década dos anos 2000 – o país tenha apresentado importante diminuição de seus índices de mortalidade infantil, analfabetismo e miséria, não foram realizadas mudanças estruturais capazes de superar este problema. A manutenção desta desigualdade implica na perduração da miséria de nosso rico país: uma parcela majoritária de pessoas permanece vivendo em condição de extrema pobreza, sem acesso a saneamento básico, a saúde, a educação de qualidade, a seguridade social e a condições de trabalho dignas.

Segundo Santos e Silveira (2006), o agravamento deste fenômeno também está relacionado com a intensificação da industrialização e o advento da globalização, o qual impactou o desenvolvimento social e econômico do Brasil nos anos 1970 e 1980, provocando um processo massivo de urbanização. Segundo estes estudiosos, a globalização, por um lado, ampliou a convivência de diferentes tipos econômicos, culturais, religiosos e linguísticos, multiplicando os modelos de produção, circulação e consumo, por outro, aglutinou o poder econômico e social em determinados territórios, agravando a concentração destas desigualdades.

Discutindo a história do SUS e suas implicações na atualidade, Paim et al. (2011) nos lembra que no início do século XX, período em que ocorria o advento da industrialização no Brasil, as ações em saúde se limitavam à realização de campanhas centradas no controle de endemias. Segundo este autor, tais medidas sanitárias eram implementadas de modo centralizado, tecnoburocrático e autoritário, a partir de um corpo médico vinculado à oligarquia agrária, a qual detinha o poder político-econômico do país e influenciava as decisões governamentais. Nas décadas de 1920 e 1930, o modelo de intervenção do Estado brasileiro na área social se restringia apenas à assistência à mão-de-obra que compunha o sistema produtivo, tendo em vista que o foco do Estado estava centrado no desenvolvimento industrial e no crescimento econômico do país.

Como retoma Luz (1991), no período populista (1930-1950), surgiram os institutos de seguridade social (Institutos de Aposentadorias e Pensões, IAPs), organizados para favorecer as camadas de trabalhadores urbanos representados pelos sindicatos mais fortalecidos e cujas mãos de obra eram elementares para a manutenção e o crescimento da economia agroexportadora, predominante no Brasil. A autora ressalta que, neste período, a ampliação dos serviços em saúde, no âmbito da seguridade social, cumpria uma lógica de

clientelismo entre o Estado e os sindicatos e institutos dos trabalhadores, não representando um legítimo interesse democrático.

Posteriormente, em meio à intensificação da instabilidade democrática (1945-1964), foi criado o Ministério da Saúde (1953), que ficou responsável pela administração e manutenção da Saúde pública do país. Já neste período, também foram realizadas ações para expandir a assistência hospitalar e unificar direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos.

Durante o período subsequente, marcado pela ditadura militar (1964-1984), intensificou-se o modelo de sistema de saúde centrado na capitalização de recursos pela previdência social. O sistema de proteção social vigente era fragmentado e desigual. Por sua vez, o sistema de saúde permanecia dependente de um Ministério da Saúde subfinanciado e de um sistema de assistência médica associado à previdência social que não prestava assistência igualitária, uma vez que esta assistência era garantida apenas aos trabalhadores contribuintes e se restringia à oferta de determinados serviços a apenas algumas categorias profissionais. (Luz, 1991); (Paim et al., 2011).

Em 1970, sob o regime militar, a República Federal aprofundou o processo de internacionalização da economia, tendo participado de um período de crescimento econômico mundial, que, no entanto, beneficiava apenas uma parcela mais privilegiada da população. Segundo Luz (1991), neste período, o governo estimulava a população a usufruir de serviços privados e incentivava, com recursos públicos, a ampliação do âmbito privado da saúde, o que não só acarretou a proliferação de planos de saúde privados e o fortalecimento do modelo hospitalocêntrico, como também fragilizou a garantia do direito social à saúde por parte do Estado. Ao invés de ser tratada como direito fundamental, neste contexto, a saúde passou a ser abordada como um bem de consumo e a relação médico-paciente se tornava cada dia mais mercantilizada, impessoal e abstraída da condição de vida brasileira, mediada por especializações, tecnologias-duras e insumos. (Luz, 1991). A autora ainda explica que a fragilização dos direitos sociais se dava a partir de atos institucionais e de outros decretos presidenciais que modificaram a Constituição no tocante aos direitos de cidadania, de informação e de comunicação social, bem como ao controle do exercício dos poderes Legislativo e Judiciário.

Diante do contexto de fragmentação institucional dos órgãos de saúde e de ineficiência e insuficiência dos serviços privados para atender às demandas populares, a crise no sistema de saúde e no sistema de previdência, até então adotados, se tornava cada vez mais iminente. As insatisfações populares iam se intensificando e, com elas, ganhavam força as reivindicações sociais e oposições políticas, que defendiam a garantia de direitos fundamentais por meio do Estado, ou seja, um Estado Democrático de Direito.

A intensificação de tais reivindicações sociais e o fortalecimento de propostas que visavam uma reforma sanitária, somava forças aos movimentos populares e políticos que se opunham à ditadura, a qual, por sua vez, era mantida pela supressão dos direitos sociais, assim como pelo controle e violência exercidos pelo Estado. Ainda, é importante destacar que as participações e as reivindicações democráticas que surgiram no campo da saúde desempenharam um papel histórico quanto ao resgate do Estado Democrático e quanto à estabilização da conjuntura política brasileira. (Luz, 1991).

Embora aguda, neste momento histórico e político, a existência de movimentos de oposição que reivindicavam mudanças no modelo de sistema de saúde precede este período: com a instabilidade democrática do país, crescia uma onda progressista, liderada por elites intelectuais, que defendiam reformas de base no Estado, tais como a *Reforma Sanitária*. Coexistiam e se digladiavam neste período ao menos dois projetos político-ideológicos distintos, que, no campo da saúde, podem ser resumidos a: um que visava a internacionalização das finanças, a privatização do sistema de saúde e sua monetização, e o desenvolvimento tecnológico da área hospitalar, farmacêutica e médica privadas; enquanto outro, influenciado, por sua vez, pela Reforma Sanitária, propunha o desenvolvimento de ações em saúde que levassem em conta determinantes sociais, econômicos e culturais que estivessem associados às condições de saúde dos brasileiros. Foi, no entanto, no decurso da transição democrática (1985-1988), impulsionada por amplos movimentos sociais e populares, que o movimento da Reforma Sanitária ganhou propulsão.

## 1.1 A REFORMA SANITÁRIA E SUA IMPORTÂNCIA PARA A PROPOSIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento polissêmico, integrado por amplas categorias profissionais e por distintas organizações políticas, sindicais e populares, que compartilhavam o ideal de *Saúde como direito de todos* e reivindicavam a consolidação da democracia. Este movimento ganhou força no Brasil com a abertura de novos canais de participação popular e com o processo de democratização política, sendo alicerçado, portanto, não somente em uma base conceitual e em uma produção teórico-crítica que se opunha ao modelo de assistência hospitalocêntrico e biologicista, mas também em um compromisso político que revelou as relações entre o adoecer e as condições de vida da população. Esta Reforma ainda denunciava o abandono do Estado quanto à garantia de direitos fundamentais, como alimentação, moradia, meio-ambiente, saneamento básico, educação, trabalho, renda, transporte, lazer, liberdade e acesso a bens.

No contexto em que surgiu, a proposta de uma reforma sanitária no Brasil operou

[...] uma leitura socializante da problemática evidenciada pela crise da medicina mercantilizada bem como de sua ineficiência, enquanto possibilidade de organização de um sistema de saúde capaz de responder às demandas prevalentes, organizado de forma democrática em sua gestão e administrado com base na racionalidade do planejamento. (Fleury, 1988, p. 196).

Em seus âmbitos político e ideológico, a Reforma Sanitária no Brasil se fundamentou: na *Saúde Coletiva* – enquanto um campo de estudos e práticas em saúde que teve, a partir das produções e da participação política do Centro Brasileiro de Saúde Coletiva (CEBES), grande representatividade no país – e também em um ideal político e econômico *socialista*, que defendia a coletivização dos bens materiais e a busca por igualdade social, como meio para a emancipação humana e para a produção de modos de vida mais saudáveis.

Além de ter consistido em um movimento popular, esta Reforma também foi marcada pela participação de trabalhadores e intelectuais da área da saúde. Ao passo que a Reforma crescia com o aumento de sua representatividade, ela deixava de se restringir, meramente, a reivindicações assistenciais e a requisições restritas às categorias trabalhistas, tendo se tornado uma ampla luta pela *democratização da saúde*. Como explicita Fleury (1997),

integrante do CEBES, o paradigma político que influenciou a reforma sanitária surgiu da problemática de que a saúde é um fenômeno determinado pela estrutura social.

Naquela circunstância histórica, os trabalhadores da saúde que compunham o movimento sanitário percebiam que as precariedades que caracterizavam suas condições de trabalho eram oriundas das mesmas determinações sociais que produziam as carências da população. A partir desta escassez, percebida por esta coletividade como algo que atingia a cada um dos que a constituíam, pessoas se unificaram em prol de um objetivo comum: lutar pela democratização da saúde. Surgia aí, concreta e espontaneamente, uma dimensão coletiva e pública de saúde, construída por grupos de pessoas que se uniam para combater uma estrutura que os tornava impotentes. Dando foco no movimento político destes trabalhadores, podemos considerar que foi graças ao engajamento com este campo que se viabilizou a consolidação do SUS.

Ainda que este movimento tenha surgido por meio da unificação de diferentes frentes de lutas, a partir de um objetivo comum, tal objetivo parece não ter sido suficiente para manter uma coesão coletiva, uma vez que conflitos e contradições eram frequentes. Fleury (1997) destaca a existência, dentro deste movimento, de duas concepções democráticas que se polarizavam: a primeira, denominada *institucional*, entendia o CEBES como aglutinador de tendências renovadoras do setor da saúde e tinha como objetivo desenvolver, nesta esfera, políticas mais adequadas à realidade brasileira; enquanto a segunda, denominada *movimentista*, desenvolvia atividades voltadas mais diretamente à comunidade, através de várias organizações – como as Sociedades Amigos de Bairros, os Sindicatos, os Clubes de Mães, diversas Entidades Estudantis, entre outras. Esta segunda concepção se opunha aos processos de normatização e institucionalização do poder e buscava produzir, no lugar dos sujeitos institucionais, relações de poder mais horizontais, afirmando a participação popular como mecanismo central e prioritário.

Trazendo um foco epistemológico, no que concerne à Reforma Sanitária, Paim (1997) resgata as bases conceituais que deram sustentação a ela, destacando as participações da medicina preventiva e social, das escolas de saúde pública e da medicina comunitária como relevantes na produção de novos modelos explicativos e interventivos no campo da Saúde.



No decorrer das décadas de 1970 e 1980<sup>3</sup>, a Medicina Comunitária abordava o conceito de *determinação social das doenças* e aspirava à racionalização dos serviços, como alternativa de mudança no sistema de saúde, trazendo noções como regionalização, hierarquização, participação comunitária e multiprofissionalidade – as quais, mais tarde, passaram a compor os princípios organizativos do SUS.

Conforme esclarece Paim (1997), a operacionalização de mudanças no sistema de saúde não foi apenas um projeto das camadas progressistas, tendo em vista que a mesma também respondia a uma necessidade prática do Estado, que buscava, por seu turno, políticas racionalizadoras que fossem capazes de solucionar problemas. Como as bases teórico-conceituais da Reforma disponibilizavam métodos para melhorar o sistema de saúde, elas foram aderidas aos planos de execução do Estado. Portanto, a Saúde passou a ser incluída na agenda política de modo racionalizado e estruturado. Consolidava-se, como previsto pelo movimento institucionalizado da Reforma, a parte estrutural deste movimento, como apresentou Fleury (1997).

No Brasil, um importante marco e acontecimento para a mobilização e a ampliação do Movimento da Reforma Sanitária se deu com a *VIII Conferência Nacional de Saúde*, promovida em 1986 pelo Ministério da Saúde e presidida pelo Professor Antônio Sérgio da Silva Arouca. A conferência contou com a participação de mais de 4.000 (quatro mil) pessoas, incluindo representantes: do setor, da sociedade civil, dos grupos de profissionais da saúde e dos partidos políticos. Conforme consta no relatório final da Conferência em pauta, os temas discutidos na ocasião de tal evento político trataram sobre a saúde como direito, a reformulação do sistema nacional de saúde e o financiamento setorial.

A partir das apresentações, mesas redondas, debates e assembleia final, a Conferência concluiu que “[...] as modificações necessárias ao setor saúde transcendem aos limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional [...]” (Relatório Final da VIII Conferência de Saúde, 1986, p. 2). A Saúde foi abordada como parte de uma realidade concreta e resultante dos modos de organização social. A partir deste viés, considerou-se que as condições de saúde são determinadas por condições históricas,

---

<sup>3</sup> Neste mesmo momento o movimento da Reforma psiquiátrica também se fortalecia com a ampliação dos atores sociais envolvidos no processo, o esforço de reformulação legislativa e o surgimento de experiências institucionais alternativas no cuidado em saúde mental.

socioeconômicas, culturais e políticas e também que, para que houvesse melhoria nestas condições, a ampliação e a integralidade de outras políticas econômicas e sociais deveriam ser priorizadas. Para aqueles que comungavam com o conceito ampliado de saúde, as limitações e os obstáculos ao desenvolvimento e à aplicação do direito à saúde tinham natureza estrutural.

Considerando a influência destes fatores estruturais na limitação do sistema de Saúde no Brasil, a Conferência em questão deu destaque aos fatores de estratificação e hierarquização social, decorrentes da alta concentração de propriedades fundiárias e de renda. Segundo se afirmou no Relatório Final da VIII Conferência de Saúde: “As desigualdades sociais e regionais existentes refletem estas condições estruturais que vêm atuando como fatores limitantes ao pleno desenvolvimento de um nível satisfatório de saúde e de uma organização de serviços socialmente adequada” (1986, p. 5).

Além de defender mudanças na legislação, no que se refere aos aspectos de promoção, proteção e recuperação de saúde, tal Conferência prescreveu que a participação do sistema privado deveria se dar apenas mediante concessão, conforme as normas do Direito Público. Igualmente, o Relatório em apreço deliberou a separação entre saúde e previdência, sugerindo a diluição do INAMPS e a destinação de seus recursos para o fortalecimento de um novo órgão de saúde, que posteriormente foi denominado SUS. Ainda em 1986, foi realizada a Comissão Nacional de Reforma Sanitária, a partir da qual foi proposta a redação de um novo texto constitucional, e na qual houve participação de representantes: de órgãos governamentais, da área empresarial, de apoiadores de grupos técnicos, de trabalhadores e de profissionais da saúde.

## **1.2 A POSITIVAÇÃO DA SAÚDE COMO DIREITO SOCIAL**

A partir das deliberações que resultaram desses encontros representativos e democráticos, surgiu a proposta do *Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS* (1987), que consistiu em um importante avanço em direção à Reforma. O projeto do SUDS tinha como princípios e objetivos: a universalização do atendimento, a redefinição dos princípios de integração, a integralidade, a hierarquização, a regionalização do sistema de saúde e o controle social. Foi, entretanto, apenas no ano de 1988 que estes princípios foram

firmados em lei, a partir da promulgação da Constituição Federal, que estabeleceu a saúde como um direito social universal, a ser assegurado pelo Estado. Segundo Fleury (1988), a partir da nova constituição, foram criadas condições jurídico-institucionais que possibilitaram a ampliação da luta política da Reforma Sanitária no Brasil. As diretrizes e os princípios concernentes aos direitos à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, à democracia e à descentralização, expressos na Constituição, tiveram contribuição, sobretudo, das ciências sociais e do campo da Saúde Coletiva, como já apontado anteriormente.

Fleury (1997) destaca que, para efetivar a implementação da Constituição, o Estado precisou tomar medidas concretas: pela gratuidade da atenção em saúde, pela criação do SUS, pela atribuição de responsabilidade ao Estado quanto à administração deste sistema, pelo estabelecimento de mecanismos financeiros capazes de sustentá-lo, por sua descentralização, pela regulação da prática médica privada e, por fim, pela definição de uma estratégia de produção e distribuição de medicamentos. Tais medidas foram influenciadas tanto pelo movimento preventivista quanto o de saúde comunitária, com base nas concepções de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, atendimento integral, participação da comunidade, e atenção em promoção, proteção e recuperação da saúde.

Posteriormente à proposição da referida Constituição, já em 1990, o Estado dispôs sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, por meio da Lei n. 8.080 (Lei Orgânica da Saúde). Alicerçada nesta Lei, a Saúde passou a ser garantida como direito fundamental do ser humano e o Estado assumiu a responsabilidade maior de prover às necessidades indispensáveis para o seu pleno exercício. Igualmente com base na Lei em pauta, o Estado também deu destaque ao conceito ampliado de saúde – assumido anteriormente pela Conferência Nacional e fundamentado na produção teórico-crítica da Saúde Coletiva –, tendo em vista que reconheceu fatores ambientais, sociais e econômicos como determinantes em saúde, bem como se comprometeu a implementar mudanças na organização social e econômica vigente.

Assim sendo, somente com a sanção da Lei Orgânica da Saúde o SUS ganhou forma efetiva, sendo estabelecidos os modos de organização, direção e gestão deste sistema, a partir dos princípios de regionalização, hierarquização e de sua direção única em cada esfera de governo. Tal Lei também firmou o papel articulador do SUS em relação a políticas e a

programas intersetoriais responsáveis por atividades nas áreas de alimentação e nutrição, saneamento e meio ambiente, vigilância sanitária e farmacoepidemiologia, recursos humanos, ciência e tecnologia, e saúde do trabalhador. Ampliando esta Lei, cabe considerar que, após sua proposição, foi acrescida a previsão da *participação da comunidade* na gestão do SUS, a partir da Lei 8.142 de 28 de Dezembro de 1990.

Os avanços constitucionais marcaram e ainda marcam as conquistas da Reforma Sanitária no Brasil, mas não são suficientes para garantir o direito de todos a uma saúde de qualidade. Debatendo o movimento reformista no Brasil, Fleury (1988) traz a mesma reflexão quando resgata o percurso de tal movimento e a experiência reformista na Itália, ao destacar semelhanças entre estes dois. Segundo a autora, a Reforma Sanitária Italiana, composta por diferentes representações políticas, contou com a participação do Partido Comunista Italiano e de outros partidos, sindicatos e movimentos populares, tendo como principal conquista a positivação da Lei n. 833, que endossou o movimento de reforma – análoga à Lei Orgânica de Saúde brasileira. Para Fleury (1988), embora conquistas legais tenham sido alcançadas, ambas as Reformas não foram integralmente concretizadas: observando suas consolidações, é possível constatar a ineficiência dos sistemas de saúde propostos no Brasil e na Itália, o que se explica, em parte, segundo a autora, pelo subfinanciamento dos serviços públicos, que inviabilizava a ampliação de suas redes públicas de serviços.

No mesmo sentido, Paim et al. (2011) destacam os obstáculos de ordem político-econômica que estacionaram o projeto no Brasil. Segundo os pesquisadores, “[...] a reforma do setor de saúde no Brasil estava na contramão das reformas difundidas naquela época no resto do mundo, que questionavam a manutenção do estado de bem-estar social” (p.18). Por revelar o fato de que as precárias condições de vida são determinantes dos problemas de saúde, o movimento da Reforma Sanitária impelia o Estado a se alterar, e, assim, denunciava esta urgência. Diante do fracasso do projeto de bem-estar social, tanto a Reforma Sanitária brasileira quanto a Reforma italiana exigiam mudanças mais drásticas, uma vez que, em suas respectivas propostas originais, tais reformas requeriam não apenas a ampliação de serviços assistenciais, mas alterações de base, isto é, capazes de impactar não só as próprias condições sociais e ambientais, como também os padrões de produção, de consumo e os modos de vida relacionados com a morbimortalidade.

Analisando o Sistema Único de Saúde na atualidade, Paim et al. (2011) destacam que o subfinanciamento crônico e a parceria público-privado permanecem sendo o maior obstáculo da efetivação da Reforma Sanitária, uma vez que envolve o interesse político-econômico de reaver esta parceria e de superar o subfinanciamento e a precarização crônica dos serviços públicos. Por sua vez, ao avaliar as fragilidades do Sistema de Saúde brasileiro, que perduraram ao longo de seu percurso histórico, Polignano (2001) também conclui que as barreiras decorrentes de interesses político-econômicos sempre interferiram nos avanços do SUS. O autor afirma que não só as ações de saúde como também os programas propostos pelo governo permaneceram, até aquele momento, reproduzindo injustiças sociais e práticas de marginalização, ao passo que “[...] preferencialmente [as ações de saúde] têm sido direcionadas para os grupos organizados e aglomerados urbanos em detrimento de grupos sociais dispersos e sem uma efetiva organização” (p.2).

Ainda que possamos entender o movimento sanitário a partir de um conjunto de ações e conhecimentos que deram base político-institucional e técnico-operacional para a estruturação do SUS, é imprescindível que consigamos reconhecer que ele não se resume ao que foi legislado e institucionalizado, em seus âmbitos ideológico, político e teórico – conforme subdivididos por Paim (1997). Esta Reforma, além de ter se consolidado no âmbito legal, dependeu (e permanece dependente) de constantes esforços que a (re)afirmassem no campo prático da saúde. Considerando isso, Fleury (1997) afirma que o “dilema reformista” (p. 27) provocou tensões durante todo o processo da Reforma Sanitária, pois, se, por um lado, a luta pela saúde democrática implicava necessariamente em tomar os aparatos jurídico e administrativo do Estado – como lugar privilegiado das práticas reformadoras –, por outro, não podia se limitar a ele, requerendo a ampliação de alianças e a produção de uma nova institucionalidade, a partir da participação social, isto é, do campo de disputas.

### 1.3 O IDEAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE E SUA EFETIVAÇÃO PELO PROGRAMA SAÚDE E DA FAMÍLIA

Conforme descrita na Política Nacional de Atenção Básica (2012), a *Atenção Primária à Saúde*<sup>4</sup>, caracteriza-se como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. (p. 19).

A proposta da Atenção Primária à Saúde teve importante visibilidade por meio da *Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*, que aconteceu no ano de 1978 em Alma-Ata, na República do Cazaquistão (antiga URSS), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF). Como esclarecem Andrade, Barreto e Bezerra (2006), nesta conferência, os países participantes estabeleceram a APS como chave para alcançar justiça e desenvolvimento social, com abrangência mundial, até o ano 2000. Naquela ocasião, compreendeu-se que a APS deveria constituir o núcleo dos sistemas nacionais de saúde – cujos custos pudessem ser suportados pelos respectivos países –, sendo a mesma responsável por promover o desenvolvimento econômico e social da comunidade.

---

<sup>4</sup> Não há consenso em relação à terminologia ideal para nomear o primeiro nível de atenção à saúde, mas a Política Nacional de Atenção Básica considera equivalentes os termos *Atenção Básica* e *Atenção Primária à Saúde*, nas suas atuais concepções. O uso dos termos *Atenção Básica*, *Atenção Primária* e *Atenção Primária à Saúde* também podem variar de acordo com sua origem histórica, significado conceitual e concepção ideológica. A terminologia “Atenção Básica” (AB) é comumente utilizada pelo governo brasileiro e aparece de modo predominante nas secretarias e documentos oficiais. Alguns autores consideram que o termo “básico” deve ser entendido em sua acepção de “fundamental”, como algo que está na base, e não como algo pouco elaborado, embora haja outros autores que preferem o termo “primário”, a fim de significá-lo como primeiro e principal, considerando que este nível de atenção não deve ser encarado no sentido de “rudimentar”. A terceira expressão, “Atenção Primária à Saúde” (APS), menos presente nos documentos oficiais brasileiros, foi utilizada na Conferência de Alma-Ata e está relacionada a um projeto de desenvolvimento social com base comunitária e de alcance mundial. A concepção da APS surge para representar a ampliação do conceito de saúde, destacando as noções de determinantes sociais e participação social. Ainda que a expressão APS tenha perdido sua proposição inicial, ao ser racionalizada para preconizar interesses financeiro-econômicos e ao ser simplificada, em sua consolidação prática, utilizo-a aqui para resgatar a sua concepção original: seu compromisso com a saúde coletiva e integral. (Mello, Fontanella, & Demarzo, 2009).

De acordo com a Declaração de Alma-Ata (1972) os Cuidados Primários são essenciais e devem ser baseados em métodos e tecnologias científico-práticas acessíveis aos indivíduos, às famílias e às comunidades, a partir da participação da sociedade e de seu desenvolvimento econômico. Neste modelo de atenção, os núcleos familiares e comunitários são entendidos como bases de planejamento e ação. Por isso, o Cuidado Primário deve ser considerado foco central do sistema de saúde das nações e do desenvolvimento social e econômico global, a fim de que venha a compor

[...] o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde. (Declaração de Alma-Ata, 1978, p. 1-2).

Segundo a Declaração de Alma-Ata, este nível de atenção primário tem como foco os principais problemas e necessidades de saúde da comunidade, sendo capaz de resolver ou atenuar 80% destas demandas, por meio de práticas de proteção, reabilitação ou cura, em diferentes áreas: educação em saúde na prevenção e no controle de doenças e de agravos; nutrição; cuidados em saúde materno-infantil; planejamento familiar; saneamento básico; imunização; prevenção e controle de doenças localmente endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais. (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Conforme se declarou na mencionada Conferência, a Atenção Primária à Saúde é dever de todos os governos, independentemente de suas articulações político-ideológicas, e, portanto, há de ser sustentada por meio de políticas, estratégias e planos de ação centrados nos Cuidados Primários. Além disso, sua consecução depende da intersetorialidade entre a Saúde e outros setores responsáveis pelo desenvolvimento social, cultural e econômico, requerendo o desenvolvimento de sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados. A Declaração ainda elucida que as ações em saúde devem ser organizadas em rede, em níveis locais e a partir de encaminhamentos de diferentes profissionais de saúde que compõem as equipes de saúde, sendo capazes de superar as práticas biologicistas e curativistas.

Levando em conta a centralidade da Atenção Primária, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou em 2008 um documento com orientações e recomendações acerca das práticas em APS, com o objetivo de renovar a abordagem em saúde. Neste documento, a OPAS complementa a Declaração de Alma-Ata definindo a APS como uma “[...] uma abordagem abrangente de organização e operação de sistemas de saúde, a qual faz do direito ao mais alto nível possível de saúde sua principal meta, enquanto maximiza a equidade [sic] e a solidariedade”. (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008, p. 8).

Além de indicar a APS como uma ferramenta fundamental para reduzir as iniquidades na área da saúde, a OPAS também destaca a necessidade de que este nível de atenção seja operacionalizado e organizado a partir de uma rede de saúde articulada. Propondo sua renovação, o documento destaca necessidades estruturais e operacionais para a efetiva consolidação da APS, como: a ampliação do acesso, o financiamento apropriado, a adequação e a sustentabilidade de recursos, o compromisso político quanto ao desenvolvimento de sistemas que assegurem cuidados de alta qualidade. Ademais, tal Organização atenta para a necessidade de desenvolvimento tecnológico sustentável e para a fundamentação legal, institucional e organizacional das práticas da APS. (Organização Pan-Americana da Saúde, 2008).

A OPAS ainda destaca que todas as políticas, os programas e as ações em saúde devem ter como parâmetros: a *equidade*, o *direito à saúde* e a *solidariedade* enquanto valores essenciais para estabelecer prioridades nacionais e para avaliar se as estruturas sociais estão atendendo ou não às necessidades e expectativas da população. Ainda, a mencionada Organização ressalta que devem ser adotados os seguintes elementos reguladores: *cobertura e acesso universais, primeiro contato, atenção integral, orientação familiar e comunitária, ênfase na promoção e na prevenção, atenção apropriada e centrada na pessoa*, bem como, *mecanismos de participação ativa*.

Com a consolidação do SUS no Brasil, a Atenção Primária à Saúde foi adotada pelas esferas institucionais como a fim de viabilizar o desenvolvimento estrutural e operacional do novo sistema. A partir de então, foi proposto o Programa Saúde da Família (PSF), como recurso estratégico para o fortalecimento deste nível de atenção no Brasil. Sua proposição adveio da criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que se deu em



1991. Já em 1992, a 9ª Conferência Nacional de Saúde propulsionou a APS, com o lema “Municipalização é o caminho”, por meio do qual foi defendida a descentralização e a implantação dos tipos de gestão municipal.

No ano de 1994, logo após a extinção do INAMPS, o Ministério da Saúde, influenciado por algumas experiências municipais que já estavam em andamento no País, criou o Programa Saúde da Família – que mais tarde veio a ser ampliado mediante a *Estratégia de Saúde da Família* (ESF). Tal Programa surgiu como uma proposta de reestruturação da assistência em saúde, que pressupunha a substituição do modelo hospitalocêntrico e centrado na doença, por um modelo de assistência descentralizado, territorializado e focado na promoção e prevenção da saúde.

Segundo o documento *Memórias da Saúde da Família no Brasil* (2010), produzido pelo Ministério da Saúde, a concretização da APS teve importante contribuição dos movimentos populares e comunitários das áreas periféricas de regiões metropolitanas, os quais reivindicavam *Centros de Saúde* que atendessem, dentro das comunidades, aos problemas de saúde mais recorrentes da população. O documento relata que, em meados dos anos 80, foi criado, na prefeitura de São Paulo, o programa chamado Plano Metropolitano de Saúde, o qual foi parcialmente financiado pelo Banco Mundial – que, pela primeira vez em sua história, apoiou um projeto de saúde em uma região metropolitana.

A partir de 1990, no município de São Paulo<sup>5</sup>, os médicos da família começaram a ser incorporados aos centros de saúde, bem como foi estruturado o PACS. Inicialmente, tais atuações não se relacionavam, mas, a partir da proposta de criação do Programa Saúde da Família, passaram a compor uma estratégia nacionalmente unificada na assistência. O PSF consistia na vinculação de cinco ou seis agentes a um médico, a uma enfermeira e a um ou dois auxiliares de enfermagem, que atuavam em um posto de saúde, denominado, pelas políticas públicas, de Unidades Básicas de Saúde (UBS). Nesta formação,

[...] cada agente cuidava de 100 a 200 famílias, as quais participavam do processo de seleção do agente, que passava a cadastrar a população daquele núcleo e visitar mensalmente cada família, servindo de intermediário no atendimento do posto com os demais membros da equipe, restabelecendo duas características para o atendimento

---

<sup>5</sup> O Programa Saúde da Família foi implantado no Paraná apenas em 1998, nos municípios com população igual ou superior a 500 mil habitantes. No Município de Maringá, este programa foi implantado no ano subsequente, assim como se deu na maior parte dos municípios do território brasileiro. (Abdon et al., 2002).

médico, que era o vínculo e a responsabilidade de quem atende para com quem é atendido. (Memórias da Saúde da Família no Brasil, 2010, p. 13).

Nesta composição, era incumbência da Unidade Básica de Saúde o compromisso de ofertar os cuidados primários para atender às demandas e às necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, a partir de um funcionamento descentralizado e capilarizado. Por ser uma porta de entrada do SUS, a UBS cumpre um papel estratégico quanto ao cuidado da saúde, a partir do desenvolvimento de diferentes tecnologias.

Dentre as estratégias de produção do cuidado, a UBS destaca-se pelo uso das tecnologias leves ou relacionais, por requerer um trabalho de proximidade e de flexibilidade que vai ao encontro de necessidades e desejos da população, fazendo uso de escuta, acolhimento e compreensão das singularidades e dos aspectos psicossociais da saúde. Tendo em vista seu aspecto humano, tais tecnologias são consideradas recursos de cuidado complementares às tecnologias duras. Estas, por seu turno, restringem-se a normas, a estruturas organizacionais e ao uso de equipamentos tecnológicos. (Merhy & Feuerweker, 2009).

Além de consistir em uma estratégia de estruturação e organização da Atenção Primária, o Programa Saúde da Família pôde proporcionar um aprofundamento da capilaridade e da democratização das práticas de saúde no Brasil. Gomes e Pinheiro (2005) afirmam que, a partir da centralização da família, foram inauguradas possibilidades coletivas de reorganização das práticas de saúde e ampliadas ações de prevenção e promoção da saúde.

Embora Gomes e Pinheiro (2005) identifiquem a escassez no campo político como um dos desafios ao PSF – levando em conta a precária responsabilização dos gestores nas práticas de cuidado –, tais autores reconhecem também o valor inovador das relações horizontais e dos vínculos que podem ser estabelecidos entre profissionais ou gestores e os usuários e as comunidades. Neste cenário, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é considerado protagonista no estabelecimento de vínculos entre o PSF e a comunidade, além de mediador entre cidadãos, com seus interesses comuns, e a efetivação do direito à saúde. (Gomes & Pinheiro, 2005).

*A noção de vínculo, embasada na responsabilidade e no compromisso coletivo com o cuidado em saúde, rejeita o uso indiscriminado de modelos de atenção previamente estabelecidos e abandona a impessoalidade das políticas institucionalizadas. O vínculo,*

imprescindível ao desenvolvimento do cuidado, exige do trabalhador da saúde que este exerça uma relação *in locus*, dinâmica e afetiva, se comprometendo com a comunidade e com o território. Nesse âmbito, como explicam Gomes e Pinheiro (2005):

Contribuir para a democratização do conhecimento, fazer a saúde ser reconhecida como um direito de cidadania e estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social significam redistribuir os poderes, e isto não parece ser tarefa fácil. O maior desafio dos profissionais da estratégia da saúde da família é concretizar, na prática cotidiana, a superação do monopólio do diagnóstico de necessidades e de se integrar à “voz do outro”, que é mais que a construção de um vínculo/responsabilização. Traduzindo-se em uma efetiva mudança na relação de poder técnico-usuário, evidenciando o ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito. (p. 298).

Avançando na linha do tempo da APS, no ano de 2006, encontra-se a implementação da primeira Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), que passou a reforçar a Saúde da Família como estratégia prioritária e transversal para a expansão e a consolidação do SUS – deixando de ser apenas um programa. Em 2008, em consonância com este compromisso, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) enquanto suporte técnico para reforçar a ESF. Somente em 2011 a Política Nacional de Atenção Básica foi atualizada com a Portaria n. 2.488, a partir da qual a Saúde da Família foi conservada como estratégia prioritária para a APS. De forma geral, a PNAB de 2011 manteve a essência da anterior, incorporando a flexibilidade da carga horária aos médicos da saúde da família e prevendo a existência dos NASFs, das equipes de Saúde da Família ribeirinhas e das unidades de saúde fluviais, além de regulamentar os Consultórios de Rua. Posteriormente a esta versão, entretanto, foi lançada a Portaria n. 2.436 de 2017, que, a partir de então, entrou em vigor. Em sua última versão, a APS foi definida como um

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (Brasil, 2017).

Em nota oficial (2017), o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Escola Nacional de Saúde Pública

Sérgio Arouca (ENSP/Fiocruz), protagonistas na produção da Saúde Coletiva no Brasil, repudiaram a mais recente reformulação da PNAB, afirmando que “a revisão das diretrizes para a organização da Atenção Básica proposta pelo Ministério da Saúde revoga a prioridade do modelo assistencial da Estratégia Saúde da Família no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)” (ABRASCO, CEBES & ENSP/Fiocruz, 2017, p.1). Segundo estas importantes entidades a atual versão da PNAB enfraquece a centralidade da ESF, ao passo que, instituindo o financiamento específico para outros modelos de assistência, flexibiliza a composição das equipes de saúde multiprofissionais, e, a partir disso, dispensa a obrigatoriedade da presença dos agentes comunitários de saúde.<sup>6</sup>

Conforme o exposto, embora o ideal de Atenção Primária à Saúde, tal como defendido em Alma-Ata, tenha sido parcialmente consolidado com a PNAB – como um nível de atenção fundamental e regulador do sistema de saúde –, sua implementação segue sendo concretizada de modo limitado. O Estado subfinancia os serviços públicos e prioriza a simplificação da estrutura da APS, a fim de “racionalizar seus gastos”. Assim, ainda que se proponha, ao menos no âmbito da legalidade, a desenvolver esta política e a cumprir parte dos objetivos da Reforma Sanitária, o Estado se mostra negligente no tocante ao cumprimento das mudanças estruturais que APS requer.

É neste campo da APS que o psicólogo se insere: em um campo polissêmico constituído, ao longo de décadas, por participação social e por atuações democráticas, e perpassado por divergentes interesses políticos e por distintas materialidades político-institucionais. A APS, enquanto materialização de um projeto ideológico-político na saúde, é uma realidade que pode anteceder o psicólogo da saúde, enquanto alguém que não necessariamente participou de sua criação. Além disso, no que se refere aos avanços da Saúde Pública e da Saúde Coletiva no Brasil, como projeto sociopolítico de democratização e de justiça social, a Psicologia *enquanto disciplina tradicional* é prescindível: a APS

---

<sup>6</sup> Por meio da recente publicação da *Nota Técnica n. 3/2020-DESF/SAPS/MS*, iniciou-se o que se afigura como um processo de desmonte do NASF, que agrava o enfraquecimento da centralidade da ESF. A partir de tal Nota foram implementados o fim do financiamento específico para a manutenção das equipes multiprofissionais e a desvinculação de tais equipes, dos NASFs, deixando de priorizar a lógica do apoio matricial às ESF. A referida Nota deixa a cargo de cada gestor municipal o critério para definir como serão compostas as equipes multiprofissionais, assim como qual será seu modo de vinculação (ou seja, se as equipes serão vinculadas às ESF ou apenas às UBSs).

demanda práxis cujas intencionalidades se comprometam com a saúde em comunidade, mas não reivindica uma profunda sistematização dos saberes para que esta finalidade se realize.

Para cumprir com o papel intencionado e preconizado por aqueles que idealizaram a política da APS, o psicólogo precisará estar disposto a romper com prescrições teórico-práticas deterministas – que foram se materializando e se naturalizando em torno do papel do psicólogo – a fim de que produza seu próprio modo de fazer saúde. Em consonância com isso, a produção de conhecimentos e de práticas de saúde demanda o engajamento dos trabalhadores no contexto concreto que circunda suas práxis e as condicionam. *Para que estes trabalhadores façam da APS uma finalidade, precisarão apreender na materialidade algo que os intencione para a ação de renovar seus saberes e suas práticas de saúde. É por meio deste engajamento que o ideal de APS se manterá vivo ou perderá suas forças. Caso ocorra esta última hipótese, tal ideal limitar-se-á a um passado que não mais se atualiza na realidade.*

#### **1.4 A REFORMA PSIQUIÁTRICA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: CONTRIBUIÇÕES PARA O COMPROMISSO SOCIAL DA PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

*Não basta apenas nomearmos a Reforma Sanitária, enquanto um movimento mais amplo, e a consolidação da APS, como política que atravessa a prática do psicólogo na UBS, sem nos atermos aos impactos do movimento da Reforma Psiquiátrica sobre este campo prático. A Reforma Psiquiátrica tem lugar privilegiado nesta discussão, pois, a partir do combate às práticas de encarceramento e aos aparatos de controle e exclusão, propôs-se, durante seu processo de materialização, o desenvolvimento de serviços substitutivos em comunidade e de novas práticas em saúde mental.*

A UBS passou a ocupar um papel estratégico na Reforma Psiquiátrica ao serem implementadas as ações de desospitalização, por meio das quais se passou a investir em internações de curtas durações, em hospitais gerais, e na diminuição de internações reincidentes. Por meio de seu funcionamento capilar, a UBS poderia acompanhar as demandas psicossociais e realizar planos terapêuticos, visando propiciar a recuperação, a reinserção social e o desenvolvimento da saúde mental dos usuários.

A fim de discutirmos *a relevância da UBS para a consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira*, é preciso que façamos um breve resgate do percurso deste movimento. A Reforma Psiquiátrica é considerada um “processo social complexo” (Amarante, 1995), um movimento transcultural, que foi desenvolvido e se mantém em progresso em diversas partes do mundo, com características peculiares ao contexto sociohistórico de seus distintos locais de origem. Como fio condutor comum, entre suas diversas vertentes e movimentos reformistas<sup>7</sup>, esta reforma propôs alternativas substitutivas ao modelo de assistência psiquiátrica tradicional, em busca da superação do manicômio.

O movimento da Psiquiatria Democrática – que teve como importante expoente Franco Basaglia (1924-1980), com suas experiências práticas em Gorizia e Trieste, no norte da Itália – propôs uma radical transformação nas concepções reformistas da época. Este movimento afirmava que não bastaria apenas realizar mudanças técnico-assistenciais nas instituições hospitalares-manicomiais – as quais eram denunciadas por violações de direitos humanos –, defendendo ser imprescindível a superação da lógica de controle, exclusão e violência que atravessava (e ainda atravessa) as instituições sociais responsáveis pela designação da *loucura*.

De acordo com a concepção de Franco Rotelli (protagonista da Reforma Psiquiátrica na Itália), a Reforma Psiquiátrica é um processo social complexo que deve implicar em uma *desinstitucionalização radical*. Corroborando esta consideração, o sanitarista brasileiro Paulo Amarante (1995), considera que esta reforma demanda as seguintes dimensões de transformação: jurídico-política, teórico-conceitual, técnico-assistencial e sociocultural. Por sua vez, Fleury (1997) esclarece que esta perspectiva de reforma se compromete com o deslocamento radical do *objeto* para o *sujeito-sofrimento* e do *tratamento* para a *emancipação*:

No lugar da prática psiquiátrica, de pesquisar a nosografia da negatividade, isto é, de operar a identificação dos sinais e sintomas enquanto representantes da irracionalidade, periculosidade, insensatez, a nova prática, da nosografia das positivities, procura perceber e produzir positivities e autonomias. (p.181).

---

<sup>7</sup> Dentro do processo da Reforma Psiquiátrica surgiram modelos alternativos de assistência, como a Comunidade Terapêutica, a Psicoterapia Institucional, a Psiquiatria de Setor e a Psiquiatria Comunitária ou Preventiva, mas apenas os modelos da Antipsiquiatria e Psiquiatria Democrática Italiana propuseram reformas estruturais para a superação da lógica manicomial.

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica ganhou força no decorrer das décadas de 1970 e de 1980, em concomitância com o processo de transição democrática e com a intensificação dos movimentos de participação social – os quais igualmente se opunham às práticas de violência do Estado e às violações da dignidade da pessoa humana. Segundo o resgate de Amarante (1995), os primeiros movimentos relacionados à assistência psiquiátrica brasileira surgiram nos anos 1970, propulsionados pelo descontentamento das classes trabalhadoras que atuavam em hospitais psiquiátricos. Segundo o autor, ao encontrarem um cenário de descaso e violência, os trabalhadores passaram a denunciar as violações de direitos que ocorriam nestes estabelecimentos e a reivindicar transformações na assistência psiquiátrica, bem como mudanças nas condições de trabalho e nas organizações corporativas.

No Brasil, a organização política de um movimento de oposição à ordem psiquiátrica tradicional teve como importante estopim a crise do órgão ministerial de Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), pois foi a partir dela que surgiu o Movimento dos Trabalhadores de Saúde mental (MTSM) – primeiro sujeito coletivo que tinha como propósito a reformulação da assistência psiquiátrica. O Movimento reformista brasileiro também contou com a participação política de diferentes atores como: Comissões de Saúde Mental dos Sindicatos dos Médicos, Movimento de Renovação Médica, Rede de Alternativas à Psiquiatria, Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), Federação Brasileira de Hospitais (FBH), indústrias farmacêuticas e universidades. Além disso, a partir da articulação do MTSM, em 1978, foram agregados ao movimento: os coletivos do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES) – o qual passou a organizar as Comissões de Saúde Mental – e, no ano subsequente, a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), a qual proporcionou um diálogo intersecional entre o campo da saúde mental e o campo geral da Saúde.

*Neste período de conjugação e organização das forças progressistas, a participação dos trabalhadores de saúde mental foi imprescindível. Por meio deste protagonismo, foram elaboradas propostas reformistas que fundamentaram e viabilizaram o avanço, em território*

nacional, de discussões sobre a Reforma Psiquiátrica<sup>8</sup>. Sem o engajamento prático dos trabalhadores na assistência, não seria viável a produção de experiências inovadoras, que, posteriormente, poderiam evoluir em direção à implantação de novos equipamentos de saúde – como foi o caso dos Núcleos de Atenção Psicossocial no município de Santos em São Paulo. Além disso, é importante destacar que a participação dos trabalhadores no avanço destas propostas reformistas se deu também pelo âmbito jurídico-político, a partir de embates, pressões e oposições democráticas.

Na esfera jurídico-política, a Reforma Psiquiátrica Brasileira teve como importante marco a aprovação da Lei n. 10.216/2001, conhecida como Lei da Reforma Psiquiátrica (2001), que permanece até hoje em vigência. A Lei da Reforma Psiquiátrica estabeleceu como responsabilidade do Estado: o desenvolvimento de políticas de saúde mental, o fornecimento de assistência e a promoção de ações de saúde às pessoas com transtornos mentais, que deveriam ser prestadas por instituições ou unidades que dispusessem dos recursos necessários para atender às necessidades de saúde.

Além de deliberar sobre os direitos à dignidade, à cidadania, à proteção, à saúde e à reinserção social das pessoas com transtornos mentais, a Lei 10.216/2001 prevê que esta população seja cuidada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental. Buscando reduzir o índice das internações psiquiátricas, tal Lei orientou que este módulo de intervenção deverá ser indicado apenas quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes. A Lei da Reforma Psiquiátrica ainda vedou a internação de pessoas em instituições asilares, desprovidas de cunho terapêutico, e caracterizou toda internação de longa duração que provoca dependência institucional como violação de direito.

A partir da Lei da Reforma Psiquiátrica, o Estado empregou esforços para redirecionar os investimentos das instituições hospitalocêntricas para os serviços em comunidade. Concomitantemente, em 2001, por meio do debate promovido pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, foram deliberadas estratégias, recomendações e portarias, que subsidiaram a estruturação da Política Nacional de Saúde Mental. Com base nesse processo de institucionalização das substituições assistenciais, a partir da Portaria n. 336/GM/MS de 2002, foi regulamentado o funcionamento dos Centros de Atenção

---

<sup>8</sup> Cabe citar a mudança nos rumos do Movimento dos Trabalhadores de Saúde mental em 1987 – a partir do II Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental em Bauru –, ocasião em que são incluídos os usuários e seus familiares passando a se denominar *Movimento Nacional de Luta Antimanicomial*.



Psicossocial (CAPS) – naquele momento a estratégia mais concreta do Estado na organização de uma política nacional de saúde mental. Outro importante avanço jurídico-político da Reforma Psiquiátrica Brasileira, que ocorreu mais recentemente, delineou com mais profundidade os caminhos para a *superação da lógica manicomial*: em 2011, com a *Portaria n. 3.088*, foi instituída a *Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)* no âmbito do SUS, para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

Definida enquanto uma rede que compõe a Atenção à Saúde, a RAPS foi estabelecida para dispor de diversos serviços referentes à saúde mental e psicossocial, com diferentes graus de complexidade, devendo ser capaz de promover assistência integral a diferentes demandas, desde as mais simples ou brandas às mais complexas ou graves. Sua estruturação previa a promoção de práticas de integração social e o fortalecimento da autonomia e do protagonismo das pessoas com algum transtorno mental. A partir da implementação da RAPS, ficou estabelecido que os serviços de saúde mental devem dar ênfase em atividades que garantam a articulação e a integração entre os demais pontos de atenção – como o acolhimento, o acompanhamento contínuo e a atenção às urgências. Além disso, cabe destacar que esta Política definiu como prioridade as ações de Redução de Danos, no que concerne à Atenção às pessoas com uso abusivo ou dependência de crack, álcool e outras drogas.

Era inaugurada naquele momento, como parte da composição da RAPS, a *UBS enquanto ponto de atenção articulador em Saúde Mental*, a qual, a partir da publicação da Portaria n. 3.088/2011, conforme dispõe seu art. 6º, § 1º, passou a ter

a responsabilidade de desenvolver ações de promoção de saúde mental, prevenção e cuidado dos transtornos mentais, ações de redução de danos e cuidado para pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, compartilhadas, sempre que necessário, com os demais pontos da rede. (Portaria n. 3.088/2011).

A proposição da RAPS buscou inaugurar, em território nacional, uma estrutura de Atenção Psicossocial mais coerente com os ideais comunitários da Reforma Psiquiátrica. Vislumbrando um paradigma de Saúde Mental Coletiva que pudesse superar a lógica manicomial presente nas práticas de Saúde, Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003) identificam

no modelo da Atenção Psicossocial a possibilidade de que tal Reforma venha a se consolidar efetivamente no Brasil. Segundo estes pesquisadores, foi a partir da Reforma Psiquiátrica no Brasil que o termo *psicossocial* passou a ser utilizado como um significante para designar novos dispositivos<sup>9</sup> institucionais que haveriam de se opor à lógica institucionalizante da loucura e propor outra fundamentação teórico-conceitual, bem como outros modelos assistenciais, alicerçados em uma nova concepção ético-política.

A concepção do termo Psicossocial se fundamenta principalmente nas ideias do Materialismo Histórico, da Psicanálise e da Filosofia da Diferença e destaca a interseção entre os âmbitos psicológico e social, compondo diferentes acepções quando combinada com os termos: Atenção, Reabilitação e Apoio – comumente utilizados para se referir ao modelo de Saúde adotado pelas políticas públicas. Para Costa-Rosa (et al., 2003), a *Atenção Psicossocial* corresponde à composição mais completa, pois ao serem conjugados os termos Psicossocial e Atenção, dá-se ênfase em um modo humano, presente e amplo de lidar com o fenômeno do sofrimento. A noção de Atenção não se restringe à recuperação de indivíduos através da minimização de efeitos desabilitantes (como é o caso da Reabilitação), nem a um mero amparo que pressupõe uma relação de hierarquia ou de dependência entre apoiador e apoiado (conforme ocorre no Apoio).

Segundo Costa-Rosa (et al., 2003), a Atenção Psicossocial também deve ser entendida como uma lógica de cuidado que atende às necessidades de recuperação ou de reabilitação das pessoas, não no sentido de retomar um estado anterior ou uma suposta condição normal, mas de restituir plenamente os direitos e garantir que cada uma destas pessoas possa exercer a contratualidade social. Defendendo a validade de uma concepção de Reabilitação dentro da Atenção Psicossocial, Kinoshita (2001) reconhece como fundamentais as seguintes dimensões da sociabilidade: as trocas de bens, de mensagens e de afetos. Conforme explica este autor, o cuidado, na lógica da Atenção Psicossocial, deve priorizar o desenvolvimento, a recuperação e o fortalecimento da autonomia da pessoa em sofrimento, de modo a apostar nas suas possibilidades de estabelecer trocas afetivas, materiais e comunicacionais no seio das relações sociais, familiares e trabalhistas.

À luz da Atenção Psicossocial, a Saúde é abordada como uma produção coletiva complexa, que não será promovida apenas por meio de ações clínico-assistenciais, mas que

---

<sup>9</sup> Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS).

depende de aspectos sociais protetivos, como o desenvolvimento de laços sociais e comunitários e o investimento no exercício da cidadania, da autonomia e dos direitos de cada pessoa. Com base nesta lógica e na estrutura da RAPS, cabe à UBS acompanhar de perto os usuários assistidos pela Política de Atenção em Saúde Mental, a partir de cuidados de retaguarda e ações protetivas, a fim de ressocializar pessoas institucionalizadas por longos períodos, e reduzir não só a duração das internações psiquiátricas como também o número de internações reincidentes.

Ainda que estivesse se referindo a um momento anterior à instituição da RAPS, Boarini (2008) já destacava os avanços políticos que os serviços descentralizados e não especializados representavam para a Reforma Psiquiátrica. Colocando em pauta o lugar estratégico dos psicólogos das UBSs em uma lógica de Atenção Psicossocial, esta autora defendeu a importância do acolhimento e do acompanhamento de pessoas com transtorno mental persistente ou grave – o que veio a ser posteriormente corroborado por intermédio da RAPS. Entretanto, ao se aproximar do que ocorria nas UBSs, a autora identificou que este lugar, que deveria ser uma “porta de entrada” da pessoa com transtorno grave ou em crise, não estava garantindo seu acesso: não era o psicótico ou o neurótico gravemente comprometido que buscava este serviço, mas o nomeado como “normal”.

Embora em suas diferentes correntes a Reforma Psiquiátrica tenha proposto priorizar a dignidade, a autonomia, o poder de contratualidade e a cidadania dos sujeitos, além de buscar descentralizar e democratizar os serviços de saúde, suas finalidades permanecem, ainda hoje, distantes de serem alcançadas. É importante ressaltar que a Reforma Psiquiátrica tinha como objetivo não somente garantir a desospitalização e a descentralização da atenção, mas também superar a lógica manicomial – que mesmo fora dos muros institucionais, cerceia o indivíduo com uma doença, um diagnóstico ou um tratamento.

Em seu texto *Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico* (1995), Amarante elucidava que, embora a Reforma Psiquiátrica tenha se antagonizado com o sistema teórico-assistencial da psiquiatria clássica, negando, neste sistema, os problemas que a estrutura asilar implicava no tratamento do doente, ela permaneceu amalgamada à lógica manicomial: suas propostas não superaram o aparato psiquiátrico que se colocava sobre a pessoa para determinar e classificar sua doença e os modos de se lidar com ela.

A preservação da lógica manicomial foi o que aconteceu na vigência das correntes da Psiquiatria Comunitária e da Psiquiatria Preventiva e de Setor, que deixaram de ter como objeto a doença mental, passando a objetivar a *promoção da saúde mental*. A partir deste momento, o que estava em foco não era mais a doença, que outrora devia ser isolada e combatida, mas o ideal de saúde mental, conforme o qual as atitudes em saúde deveriam ser normatizadas. Diante deste novo paradigma, a adaptação social executada pela Psiquiatria, que anteriormente era realizada em instituições estruturadas e fechadas, passou a ser realizada em comunidade, dentro do próprio meio social dos sujeitos, de forma a se estender sobre os espaços públicos. (Amarante, 1995); (Birman & Costa, 1994).

A tese apresentada por Birman e Costa (1994) destaca que o problema fundamental da Psiquiatria moderna reside no fato de tal área estar alicerçada em uma abordagem preventivista de adoecimento mental, a qual busca reestabelecer uma ordem comunitária conforme um padrão normativo de vida saudável. Sob este paradigma, a doença mental se tornou sinônimo de negativismo social e a Psiquiatria se converteu em instrumento de readaptação e de retomada de uma suposta homeostase.

A partir deste paradigma teórico-assistencial, a Psiquiatria foi se tornando mais aplicável na APS, ao passo que, incorporando elementos explicativos da História Natural da Enfermidade, estabeleceu etapas de prevenção primária, secundária e terciária e colocou em pauta discussões sobre risco, estratégias de controle e prevenção de novos agravos – de forma a se aproximar dos conhecimentos e das práticas de saúde que estavam sendo aplicados neste âmbito da atenção. Alicerçada no modelo explicativo, organicista e preventivista, a concepção de crise ganhou lugar importante no tocante às estratégias de ação em saúde mental, como explica Birman e Costa (1994). Segundo os autores, a concepção de “crise” foi amplamente incorporada pelos serviços de saúde, tendo em vista o objetivo de contê-la, uma vez que, como fenômeno que consiste em uma fissura no sistema adaptativo do indivíduo, a crise é um momento que oportuniza a retomada de uma estabilidade. Nesse contexto, se, por um lado, o paradigma da Saúde Mental abnega(va) a centralidade do hospital, por outro, renova(va) sua presença, restringindo-o a mero elemento de apoio para situações de crise e a equipamento transitório do tratamento.

Resgatando as discussões de Birman e Costa (1994) e de Amarante (1995) sobre a Psiquiatria do Setor e a Psiquiatria Preventiva, podemos estabelecer uma relação de

proximidade com o papel da UBS dentro da RAPS. Tendo em vista o modo como passou a pertencer, na prática, à rede de Saúde Mental, a UBS não superou a exclusão das pessoas alcunhadas de loucas pela própria lógica manicomial. Assim como ocorria na experiência da Psiquiatria do Setor, tal Unidade permaneceu se conciliando com o hospital psiquiátrico sem promover significativa transformação cultural: as ações “[...] tornavam-se cada vez mais dirigidas ao tratamento dos ‘normais’ e cada vez mais distantes do tratamento das situações da loucura”. (Rotelli, 1994, p.150).

Para a construção de uma legítima Atenção Psicossocial, Costa-Rosa (et al. 2003) defendem que devem ser superadas as seguintes práticas ora vigentes: a medicalização das crises e das agudizações de sofrimentos (como meio de contenção), o uso do paradigma “doença-cura” e a tendência ao especialismo. Amarante (1995) também corrobora essa tese, ao considerar que a reformulação da Atenção Psicossocial não deve se restringir ao campo *técnico-assistencial*, no qual a Reforma deixou suas marcas mais visíveis a partir da construção de novos equipamentos da chamada *rede substitutiva*<sup>10</sup>.

Como declarava Rotelli (1994), para que houvesse uma Reforma Psiquiátrica ampla, o combate ao hospital psiquiátrico e o empenho pela redução de leitos psiquiátricos não bastariam, sendo indispensável a luta contra o autoritarismo, a violência social e as desigualdades. Remetendo ao que Rotelli, Leonardis e Mauri (1990/2001) denominam de *desinstitucionalização*, a Reforma Psiquiátrica demandava, assim como a Reforma Sanitária, mudanças de base: não apenas era necessário romper com os muros do manicômio, mas também o extinguir das práticas socioculturais. Como já antecipava Amarante (1995), para operar um deslocamento do papel manicomial, não bastaria apenas a humanização do *locus* do tratamento (dentro de um paradigma cura-doença), sendo imprescindível a superação do controle institucional e da supressão da autonomia do indivíduo.

As reformas de base não ocorreram e as estratégias que previam mudanças nos serviços de saúde não foram suficientes para romper com o modo manicomial de operar a demanda psicossocial. Elucidando o que foi a Reforma Psiquiátrica italiana, Rotelli (et al., 2001) destacam que, para as instituições aparelhadas pelo Estado, esta reforma foi limitada, sobretudo, a um programa de racionalização financeira e administrativa que visava reduzir

---

<sup>10</sup> Composta por Núcleos de Atenção Psicossocial, Cooperativas de Trabalho, Oficinas Terapêuticas.

os gastos públicos, por meio da substituição de leitos hospitalares por dispositivos de baixa e média complexidade.

Em consonância com o cenário descrito pelos reformistas italianos, quando lançamos um olhar crítico sobre o atual cenário da Reforma Psiquiátrica Brasileira e sobre os avanços da Atenção Psicossocial na RAPS, concluímos que, embora mudanças nos serviços de saúde tenham sido implementadas, o processo de desinstitucionalização ainda é um desafio substancial. O manicômio permanece presente no tratamento da dependência química, diante a dificuldade técnico-assistencial de colocar em prática a política de redução de danos, o progressivo desmonte de tal política, e crescentes investimentos nas comunidades terapêuticas. Igualmente, o manicômio permanece vivo no manejo à crise, o qual se dá tanto a partir da abordagem adaptacionista – que busca controlar e manejar a crise, sem intentar mudanças nos fatores que levaram a pessoa ao sofrimento agudo – quanto a partir das práticas de medicalização e internação, de forma a preservar o funcionamento biologicista e hospitalocêntrico.

Quanto ao modo como a RAPS é conduzida, outro estigma do manicômio tem se manifestado: por serem pouco acessíveis à população em sofrimento agudo ou crônico, os serviços de baixa complexidade em saúde mental preservam a loucura em um lugar de negativismo social. Como já vinha sendo constatado por Boarini (2008), os serviços de apoio e atenção psicossocial, que deveriam dar retaguarda aos casos graves e agudos de saúde mental, como é o caso da UBS, permanecem sendo massivamente acessados por uma parcela de pessoas não-marginalizadas, que não se viram condenadas por diagnósticos graves nem por internações contínuas e frequentes.

## **2 PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: INTERSEÇÃO ENTRE REFORMA PSIQUIÁTRICA E REFORMA SANITÁRIA**

Antes de iniciar um novo percurso no cenário da Saúde Pública, a Psicologia alicerçava seu saber e sua prática na clínica tradicional – que correspondia ao modelo da medicina clássica, curativista, assistencialista e centrado na doença. Embora tenha se inserindo em um novo contexto histórico e social, de democratização da saúde às demandas comunitárias, a Psicologia carregou consigo resquícios desta história, conservando práticas

produzidas outrora, as quais consistiam em serviços particulares que se voltavam para as necessidades do âmbito privado.

Fazendo uma breve retomada histórica, é notável que, ao longo do século XVIII, a medicina clínica ocidental consistia, predominantemente, nas práticas de investigação e tratamento de uma doença, por parte de um médico, a partir dos sintomas identificáveis que eram apresentados pelo doente. Sob este paradigma, era a doença que deveria ser desvendada pelo olhar investigativo do médico, sendo o doente colocado em uma posição passiva perante o olhar do detentor do saber, enquanto mero corpo-objeto que apresenta os signos de sua enfermidade.

A partir deste modelo técnico-assistencial e da epistemologia da Medicina Clássica, foi inaugurada a *Psicologia Clínica*. Nesta área de atuação, o psicólogo lança seu olhar investigativo sobre algum aspecto que demanda cuidado. Em sua origem etimológica, o termo clínica é oriundo do grego *Klinike*, que significa “prática à beira do leito”, e do grego *Klinikos*, que remete a “algo sobre o qual se debruça”. Em uma acepção comum, o termo “Clínica” é entendido como a prática curativa do psicólogo que prioriza entender e intervir no âmbito individual e intrapsíquico dos sujeitos, com ênfase em seus processos psicopatológicos.

Considerando esta concepção de Psicologia Clínica, cabe, no contexto desta pesquisa, que façamos um questionamento: *transportada para o campo da Saúde, sobre quais fenômenos a Psicologia Clínica se debruçou?* A partir de um resgate histórico, pode-se constatar que, ao longo do tempo, embora a psicologia clínica tenha se restringido a um foco curativo e intrapsíquico, ao passo que foi se inserindo em outros contextos práticos, tal disciplina precisou renovar seu arcabouço epistemológico e técnico-assistencial, a fim de se tornar mais aplicável à realidade de saúde da população brasileira. Parte desse processo de ampliação da prática clínica deu-se em decorrência da inserção da Psicologia na Saúde Pública.

Conforme resgatam Pires e Braga (2009), a efetiva inserção do psicólogo na saúde pública ocorreu, no Brasil, no final da década de 1970, isto é, 20 anos após a regulamentação da Psicologia como profissão, embora já existissem psicólogos atuando na área da saúde desde 1950. Estes autores identificam, entre os principais fatores que impulsionaram esta inserção: fatores socioeconômicos – como a crise no mercado de trabalho, que decorreu da

saturação dos profissionais que atuavam no âmbito privado – e fatores conceituais-epistemológicos – como a crítica à Psicologia Clínica tradicional. Considerando a crise do paradigma psiquiátrico e a ascensão do modelo de Saúde Mental como aspectos decisivos para a entrada da Psicologia neste campo, Pires e Braga (2009) também destacam a participação da Reforma Psiquiátrica brasileira nesta conquista, que preconizava a renovação das práticas psiquiátricas, o abandono do foco curativista, bem como a superação da lógica de hospitalização. Por intermédio deste projeto de renovação, a prática-assistencial deveria se dar a partir: de uma abordagem integral de cuidado, da proximidade dos técnicos de saúde mental com a comunidade e de composições multiprofissionais.

A partir de um ponto de vista conceitual-epistemológico, Pires e Braga (2009) ainda consideram que a inserção da Psicologia no campo da Saúde adveio de uma demanda de renovação por parte da Medicina Clássica, que buscou na Psicologia um modo de suprir suas limitações teórico-conceituais. Por seu turno, Gioia-Martins e Rocha Júnior (2001) corroboram este entendimento, considerando que, tendo se mostrado insuficiente para atender às complexas necessidades de saúde, o paradigma clínico-organicista careceu de inovações técnico-assistenciais. Para os autores, a entrada dos psicólogos nas instituições de saúde possibilitou um incremento epistemológico quanto ao processo saúde-doença, bem como veio ao encontro “[d]a proposta de integrar a Psicologia na educação médica” (p. 36) a fim de humanizar os atendimentos clínico-médicos.

A aproximação da Psicologia com a Medicina, no âmbito prático, consistiu em uma tentativa desta disciplina de superar o paradigma doença-cura e de ampliar sua abordagem clínica, na ênfase da promoção da saúde e da prevenção de doenças (Pires & Braga, 2009, p. 152). Esta ampliação era urgente, pois, à medida que, associadas ao estilo de vida moderno, novas condições urbanas e socio sanitárias iam surgindo, a saúde não podia mais ser entendida como um fenômeno a ser controlado, isolado e previsto.

Diante de um contexto que exigia transformações nas teorias e práticas de saúde, a Psicologia foi desafiada, não apenas a participar de mudanças no campo da saúde, mas também a produzir uma nova versão de si mesma. Nesse sentido, podemos afirmar que a aproximação da Psicologia com a Saúde Pública, e, a partir dela, com o campo da Saúde Coletiva, foi um importante aspecto propulsor para a renovação da Psicologia.



Para tanto, a Psicologia, que antes apenas se inseria *na* Saúde, passou a se definir como um saber e um fazer próprios da Saúde, isto é, enquanto Psicologia *em* Saúde. Como resgatam Pires e Braga (2009), a definição de *Psicologia da Saúde* foi adotada pela *American Psychology Association* (APA), pela *British Psychology Society* (BPS), bem como por profissionais e organizações científicas, tendo sido utilizada para denominar, em 1979, uma divisão da APA.

No Brasil, a Psicologia *da* Saúde se consolidou por meio da inserção do psicólogo no campo da Saúde. Por seu turno, a Psicologia *em* Saúde assumiu um compromisso ético-político com o fenômeno coletivo da Saúde, abrangendo a esfera das políticas públicas. Trazendo uma perspectiva técnico-prática acerca das atribuições da Psicologia em Saúde, o Conselho Federal de Psicologia, por meio da Resolução CFP n. 03/2016, define este campo, como uma área específica que

[...] atua em equipes multiprofissionais e interdisciplinares no campo da saúde, utilizando os princípios, técnicas e conhecimentos relacionados à produção de subjetividade para a análise, planejamento e intervenção nos processos de saúde e doença, em diferentes estabelecimentos e contextos da rede de atenção à saúde. (Conselho Federal de Psicologia, 2016).

Levando em conta o compromisso da Psicologia da Saúde com o bem-estar social e coletivo, Matarazzo (1980) complementa esta definição, considerando que a Psicologia da Saúde deve priorizar a inseparabilidade entre bem-estar social, físico e emocional, com a finalidade de desenvolver, nos diferentes serviços de saúde, práticas voltadas à integralidade das necessidades humanas. Segundo tal autora, esta área de atuação consiste em um

[...] conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento das doenças, na identificação da etiologia e diagnósticos relacionados à saúde, à doença e às disfunções, bem como no aperfeiçoamento do sistema de políticas da saúde. (p. 815).

Em uma pesquisa realizada para a Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) em conjunto com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), Spink (2010) aborda as experiências da Psicologia em diálogo com o SUS e suas produções neste campo plural e complexo. Neste trabalho a autora aprofunda diferentes aspectos relacionados à

formação e à prática, em serviços de saúde, de profissionais da Psicologia, questionando até que ponto tais ações estariam em consonância com os princípios do SUS.

Ao se debruçarem sobre o tema da inserção da Psicologia na Saúde Pública, Spink e Matta (2010) corroboram a tese de que esta profissão ganhou espaço na saúde mediante seu poder de controle biopolítico. Segundo estas autoras, a Psicologia se tornou um meio privilegiado de individualização social, ao passo que, com o fim da *ordem disciplinar* – executada pela normatização e controle dos corpos dentro de uma determinada lógica sanitária – dava-se lugar a uma *ordem biopolítica*, que passou a demandar que tal disciplina fosse capaz de enquadrar as alteridades dos sujeitos e seus aspectos subjetivos, dentro de uma determinada norma.

Embora a Psicologia possa servir como um instrumento de normatização e controle social, Spink e Matta (2010) também consideram que, ao passo que se opõe a este lugar, esta disciplina também “contribui retomando na saúde, a problemática do sujeito e, contando que as pesquisas e teorizações sejam definidas de forma crítica, contrapondo-se às tendências universalizantes e biologizantes da Saúde Pública, enriquece o campo da Saúde Coletiva”. (p. 42). Assim, a Psicologia pode tanto servir como especialidade capaz de classificar, sistematizar e normatizar, quanto viabilizar a ampliação da abordagem sobre o fenômeno da saúde.

Diante do elucidado, podemos concluir que tanto a Saúde quanto a Psicologia modificaram, em uma relação dialética, uma a outra. Por um lado, a Psicologia sofreu alterações do campo da Saúde, ao ser desafiada a renovar seus conhecimentos e práticas – ainda que estivesse submetida a um interesse biopolítico alheio a ela –, por outro, esta disciplina trouxe contribuições para o campo da Saúde, ao viabilizar a insurgência da singularidade e subjetividade nos processos de cuidado – embora, ainda limite as transformações neste campo ao se manter apenas executando práticas clínicas individuais e assistencialistas. *A partir da interseção que se formou entre a Psicologia e a Saúde, ambas revelam que não estão prontas e acabadas, mas que, ante suas faltas, estão “condenadas” a se reinventarem.*

## 2.1 UMA CLÍNICA POSSÍVEL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A aproximação com uma concepção ampliada de saúde permanece sendo um desafio à Psicologia, tendo em vista que para sua inserção neste campo requer-se a produção de novos saberes e práticas, capazes de dialogar com o campo interdisciplinar e integral da Saúde. Reconhecendo a presença deste desafio em toda área de conhecimento que se fundamenta em uma lógica disciplinar, o Ministério da Saúde lançou estratégias e ações de redefinição das práticas profissionais junto ao Ministério da Educação, tais como: o *Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde* (Pró-Saúde), o *Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde* (PET-Saúde); e a *Residência em Área Profissional da Saúde* (instituída, a partir da Lei n.11.129) criados em 2005. Outra importante ação de reorientação profissional, efetivada pelas instituições governamentais, foi a *Educação Permanente em Saúde*, instituída pela Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, em 13 de fevereiro de 2004, segundo a Portaria n. 198/GM/MS (2004), a fim de consolidar a Reforma Sanitária.

Embora tais estratégias tenham sido implementadas, *a Psicologia permanece com dificuldade de definir um papel específico na Atenção Primária à Saúde, isto é, mesmo que busque superar sua história com a clínica privatista e assistencialista, tal disciplina não tem se atualizado neste novo lugar.* As práticas dos psicólogos das Unidades Básicas de Saúde se apresentam de modo múltiplo e desarticulado, tendo em vista que a sistematização de conhecimentos e técnicas voltados a esta atuação específica é escassa e precária. Isto é o que pode ser constatado a partir da leitura do *Relatório de pesquisa sobre as Práticas Profissionais de Psicólogos e Psicólogas na Atenção Básica à Saúde* (2010) elaborado pelo Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas - Crepop, em conjunto com o Conselho Federal de Psicologia. Nesta pesquisa, diversas práticas são apontadas pelos participantes como inovadoras ou fundamentais para o exercício deste trabalho.

O mencionado Relatório revela que as práticas dos psicólogos na APS são diversas e que variam conforme as condições concretas do trabalho e os planos regionais de saúde, havendo ações mais ou menos próximas dos objetivos previstos pelas políticas públicas. Diante desta multiplicidade de atuações e concepções, não há um referencial uno sobre as práticas almejadas na APS: para alguns, os atendimentos grupais ou ações educativas em saúde aparecem como práticas inovadoras, enquanto outros mencionam ações mais

integradas com a equipe, como o matriciamento. Além disso, embora aponte para uma indefinição na prática do psicólogo da APS, o referido Relatório identifica dificuldades comuns que unificam tal prática, como: o distanciamento entre a rede de atenção primária e a rede psicossocial; a descontinuidade dos planejamentos e das ações nos serviços, ante as frequentes mudanças na gestão e na composição das equipes; a pressão por produtividade e a elevada demanda de atendimentos; a precariedade do espaço físico e escassez de recursos materiais; e, por fim, a falta de reconhecimento profissional associada à má remuneração salarial. Ademais, os psicólogos da APS também apontaram para a falta de formação e de informações específicas para a atuação neste campo. (Conselho Federal de Psicologia, 2010).

Diante do exposto, podemos concluir que as dificuldades vivenciadas pelos profissionais encontram um lugar comum, mas não são enfrentadas por métodos ou caminhos unificados: na prática, cabe a cada psicólogo, isolado em seu contexto particular, definir seu papel na APS e, a partir de sua realidade concreta, produzir respostas para os desafios deste trabalho. *Ante o isolamento e a desarticulação, a fim de encontrar soluções, o psicólogo produz diversas materialidades, enriquecendo o campo da saúde com experiências plurais. Entretanto, esta diversidade dificilmente passa a compor organizações, diretrizes e referenciais fundamentais para esta prática.* Levando em conta este aspecto, podemos afirmar que, embora as ações dos psicólogos não devam ser prescritas por meio de uma técnica ou procedimento simplificados, a falta de um norteamento pode acarretar a individualização e a desagregação de suas práticas.

Ainda que os psicólogos careçam de algum norteamento que lhes permita consolidar uma prática mais unitária na APS, as políticas de Saúde, as bases das Reformas (Sanitária e Psiquiátrica) e as discussões sobre a Atenção Psicossocial poderão dar direcionamentos e subsídios para esta definição. Ao considerar que algumas produções consolidadas no passado ainda são capazes de indicar um rumo para o psicólogo na APS, podemos colocar em questão *qual a relevância da clínica para este fim: será que ela, considerada ultrapassada e limitada, poderá contribuir para a criação deste novo horizonte?*

Na concepção trazida pelo CFP (2008), a Psicologia Clínica é uma área específica da saúde que deve colaborar para a compreensão dos processos intra e interpessoais, dando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional, sobre instituições formais e/ou informais. Conforme esta perspectiva, a Clínica é tanto uma atuação

específica da saúde quanto uma área de conhecimento que, em diferentes contextos, contribui para a compreensão e a intervenção na saúde a partir de uma lógica coletiva.

Elucidando a importância da Clínica, Carreteiro (2014) afirma que este conceito não é simples, tampouco se resume a um mero lugar ou referência teórica fechada, tendo em vista que consiste, sobretudo, em um *posicionamento ético e político*. Segundo a autora, o ato clínico deve se pautar, primordialmente, por um olhar crítico sobre a concretude de vida do sujeito, de modo que o psicólogo seja capaz de atualizar os referenciais teóricos e técnicos que orientam seu exercício.

Reavendo *o valor da Clínica na consolidação da Reforma Psiquiátrica*, Delgado (2007) ratifica que ela – que teve seus sentidos desgastados ao longo dos anos – não deve ser compreendida como um significado findo. Pelo contrário, o autor considera que o termo clínica deve ser encarado como significante, que se materializa a partir das contingências concretas e atuais, não podendo ser nada além de um devir imperfeito e impreciso. Atentando-se para este caráter indeterminado, o autor salienta que a clínica surge em face da intersubjetividade e do cotidiano, isto é, que *a prática clínica depende da existência de alteridade, diálogo e encontro*.

Do ponto de vista ético, o ato de “debruçar-se” do psicólogo clínico deve ser entendido como um trabalho criativo, que recusa quaisquer endereçamentos prévios, ainda que para isso seja preciso intencional a consciência na direção do indizível, do negligenciado e do dolorido. A fim de se engajar neste esforço, contudo, o psicólogo da APS deverá se comprometer com a integralidade do sujeito, com sua singularidade em constante constituição e com seu ser enquanto sujeito social. Este profissional, ainda deverá desenvolver um olhar apurado e cuidadoso para compreender o modo como os indivíduos e os grupos vivenciam e modificam suas realidades.

Atentando à singularidade e à indissociabilidade da pessoa, *uma parte do “debruçar” do psicólogo consistirá na atitude de se opor às práticas de reificação, dominação, opressão, exclusão e adaptação dos indivíduos às heteronomias, que alienam o sujeito de sua condição de liberdade e indeterminação ontológica*. Segundo Costa-Rosa (et al. 2003), a produção de uma nova clínica desafia o psicólogo e o implica, tendo em vista que “o lugar da Saúde Mental é um lugar de conflito, confronto e contradição. Talvez esteja aí uma certa

característica ontológico-social, pois isso é expressão e resultante de relações e situações sociais concretas” (p.29).

Comprometida com a emancipação humana, *a atuação clínica demandará do psicólogo que ele rompa com as concepções de um psiquismo universal e abstrato*, indo ao encontro da pessoa, em sua condição de vida concreta e particular – considerando que esta condição é determinada pela materialidade, a qual, por sua vez, é constituída pela história, pela cultura e pela sociedade.

Aproximando esta concepção ético-política de Clínica à prática do psicólogo na APS, consideramos que este profissional, ao tomar decisões no exercício de seu trabalho, elege um modo de lidar com a realidade: a seleção do público ao qual atende, dos instrumentos que utiliza e de seus objetivos não é aleatória, uma vez que é a partir dela que o psicólogo percebe a realidade e a modifica.

Investigando as escolhas dos psicólogos em relação ao público e aos seus instrumentos de trabalho, Boarini (2008) constatou que o psicólogo da UBS, ao invés de atender às demandas psicossociais, vinha se ocupando da prevenção da saúde mental, por meio de psicoterapia infantil voltada a queixas escolares e a depressão, bem como por meio de psicoterapia breve dirigida aos transtornos leves e moderados. A autora constata que, embora o uso da psicoterapia breve e focal seja visto com descrença pelos próprios psicólogos, os mesmos acabam utilizando este módulo terapêutico como recurso para diminuir o tempo do acompanhamento e aumentar a rotatividade das listas de espera. (Boarini, 2008).

Abordando o distanciamento das ações da psicologia na UBS em relação às demandas graves e intensas, a autora afirma que *o psicólogo que deixar de se comprometer com os objetivos coletivos pelos quais, historicamente, a Atenção Primária à Saúde se consolidou poderá se tornar, como denomina Rotelli (1992), “um agente de miséria”* (p. 5, grifo nosso). Esta miséria, além de resultar de uma ação excludente do técnico do saber, também poderá ser sentida, pelo próprio psicólogo, como uma falta, caso o mesmo tome consciência de que atua como agente desta exclusão, tendo em vista não cumprir com os fins terapêuticos que lhe cabem.

Para que não se torne um agente de miséria, o psicólogo deve priorizar o desenvolvimento, a recuperação e o fortalecimento dos modos de ser e dos valores da pessoa

enquanto sujeito social, que deve ser capaz de estabelecer trocas, mensagens e afetos. Por sua vez, este modo de atenção demanda do profissional de saúde uma complexificação de seu saber-fazer. Para além do nível técnico, *o exercício deste trabalho requer do psicólogo um envolvimento afetivo-relacional*, de forma a propiciar – a partir de vínculos, pactuações, contratualidades e mediações com usuários, equipes e gestores – a produção de novas sociabilidades, estratégias e ferramentas de trabalho. Nesse sentido, é imprescindível que o psicólogo possua autonomia, uma vez que precisará produzir, em meio às técnicas e instrumentos já consolidados, uma outra realidade, a partir de sua *práxis transformadora*. Assim sendo, poderá promover a contratualidade dos sujeitos e se implicar subjetivamente e socioculturalmente no território em que atua (Kinoshita, 1996; Rotelli et al., 2001; Costa-Rosa et al., 2003).

## 2.2 O COMPROMISSO DO PSICÓLOGO ENQUANTO INTELLECTUAL

Ao pensar o lugar social e político do *intelectual*, em meados da década de 1960, Jean-Paul Sartre (1972/1997) nos dá subsídios para refletirmos sobre nosso papel na atualidade – enquanto psicólogos, técnicos ou cientistas –, tendo em vista que, embora estivesse se referindo a outro contexto histórico (pós-guerra), tal pensador reconhecia a condição que implicava o intelectual em um intrincada situação: “Produto de sociedades despedaçadas, o intelectual é sua testemunha porque interiorizou seu despedaçamento. É, portanto, um produto histórico” (p. 31). Referindo-se à interiorização deste despedaçamento, este filósofo traz à tona a *crise* vivenciada pelo intelectual, esclarecendo que ela é precedida pelo que Hegel denominou como “consciência infeliz” (p. 28). Segundo Sartre (1997), a consciência deste despedaçamento permite ao intelectual que ele *conteste seu mandato social*, renunciando ao papel de especialista, a partir do qual foi incumbido de produzir instrumentos cujos fins corroboram a ideologia dominante, a fim de que, por meio desta contestação, se desvencilhe de finalidades que o alienam.

Para Sartre, a consciência infeliz do intelectual é resultado de uma situação de contradição: os intelectuais, que surgem como *técnicos do saber*, compõem uma categoria social que não produz diretamente as riquezas a serem usufruídas pela classe dominante (tal como faz a classe trabalhadora), mas que, ao invés disso, foi encarregada da tarefa de empregar os meios necessários para que esta relação de exploração se mantenha: “Os fins

são definidos pela classe dominante e realizados pelas classes trabalhadoras, mas o estudo dos meios é reservado a um conjunto de técnicos [...]” (Sartre, 1972/1997, p. 17). Entretanto, o técnico do saber está situado, precisamente, em uma condição de negação de sua própria liberdade, pois é alguém que serve ao projeto de controle de uma classe dominante que produz seu papel— embora não pertença a ela —, exigindo dele que corresponda a exigências universalizantes e que se submeta, por uma condição particular, à ideologia dominante. Ao refletir sobre sua situação, o intelectual, por sua vez, é capaz de resistir ao projeto técnico de sua atividade e ao aspecto ideológico que o exclui, desde que se recuse a ocupar o lugar que lhe foi determinado pelas classes dominantes.

Em consonância com tal entendimento, Basaglia (1942/2010) considera que a única possibilidade de revolução consiste na tomada de consciência do especialista acerca da ambiguidade de seu próprio lugar, tendo em vista que, a fim de exercer a dominação prevista em seu mandato social, contraditoriamente, é necessário que ele se mantenha submisso a este papel: “[...] é preciso que nós, que exercemos o poder e a violência, nos conscientizemos de que somos também excluídos, no exato momento em que somos objetificados em nosso papel de excludentes” (p. 96).

Essa reflexão convoca a ciência e a profissão da Psicologia para a recusa das heranças da ciência moderna, tais como a neutralidade científica e a separação sujeito-objeto, que tentam apartar o cientista de suas próprias produções, eximindo-o de sua responsabilidade. *Ante a impossibilidade de sermos neutros, impõe-se a nós os compromissos de interrogar o Ser psicólogo e de pensar o nosso papel enquanto especialistas, no contexto das relações de poder e de dominação com a qual estamos imbricados.*

A partir da tomada de consciência enfatizada por Basaglia (1942/2010), é possível identificar nosso lugar enquanto objeto de outras finalidades e, a partir deste movimento, decidir se nos implicamos (ou não) no resgate de nossa liberdade. Ao negarmo-nos a utilizar instrumentos que visam atender a fins alheios — que nos alienam —, podemos materializar outros instrumentos que atendam às nossas próprias finalidades. Tomando como ponto de vista esta concepção, não ficamos alheios à história das coisas e das relações socioculturais que nos cerceiam, mesmo que percebamos que tal realidade limita nossa liberdade.

Lançando luz sobre a história, pode-se constatar que ela é dialética e permeada por contradições, uma vez que apresenta unidades sintéticas de projetos que foram



empreendidos, em diferentes momentos históricos, por diversas pessoas, cujos resultados ainda produzem materialidades. Assim sendo, a história é constituída por finalidades acabadas e determinadas pela prática-inerte que conduzem e indicam às pessoas como devem agir. (Sartre, 2002/1960). Portanto, somos, concomitantemente, produtores desta história, mas também passivos a ela, ao passo que edificamos práticas que se cristalizam no tempo, determinando moldes para as ações de outros sujeitos e sendo determinadas por estes outros por meio de suas atualizações. O caráter de inércia da história faz com que também nós, psicólogos, nos submetamos aos papéis e às funções prontas e acabadas que nos foram designados, a ponto de que recaíamos em um estado passivo.

Ao buscar compreender a perspectiva de profissionais da Psicologia acerca dos fenômenos psicológicos, Bock (2000) assume o compromisso de questionar os saberes, a história e o papel social assumido pela Psicologia. Nesta investigação, a autora afirma que

A naturalização do humano só tem servido para justificar que as formas dominantes sejam as formas certas, naturais e verdadeiras, isto é, as formas dominantes de "ser" têm sido tomadas como as formas naturais do homem e não como as formas que historicamente interessaram que se tornassem modelo e referência para a construção dos critérios de normalidade. (Bock, 2000, p. 17).

Lançando um olhar crítico sobre os discursos dos psicólogos, Bock (2000) identifica que suas concepções, tradicionalmente, vêm se fundamentando em uma *visão burguesa positivista e liberalista*, ou seja, em uma perspectiva ideológica do mundo que concebe a identidade humana a partir da referência do homem burguês e que supõe que cada homem é um ser moral, possuidor de direitos inalienáveis e de uma liberdade abstrata e garantida. A pesquisadora também identifica, de modo predominante, a presença de uma concepção individualista e estanque de subjetividade humana, por parte do psicólogo, a qual entende o atributo humano como algo natural e imutável, bem como compreende o indivíduo como alguém dotado de uma autonomia individual e autodeterminada, descolada do contexto socio-histórico e cultural. Ademais, a autora notou que os psicólogos compartilhavam uma visão onipotente da profissão e de si próprios, ao passo que julgavam deter o poder de adaptar o paciente ao contexto social de forma a torná-lo feliz. Considerando que a perspectiva do psicólogo, sobre o fenômeno humano, é dotada de uma naturalização que justifica formas dominantes de ser, a autora se aproxima do que Sartre (1994/1972) denunciava em sua obra:

o técnico do saber é chamado a produzir conhecimentos, técnicas e instrumentos capazes de manter o *status quo* social, econômico e político.

No que concerne a esta discussão, ainda se mostra relevante colocar em questão qual Psicologia tem sido produzida e, no recorte desta pesquisa, como o Psicólogo, em sua singularidade, se compromete com o campo da APS nas Unidades Básicas de Saúde, sendo capaz de produzir a si mesmo por meio de sua práxis. Além disso, tendo em vista que o psicólogo está inserido em um contexto de mudanças sociais, culturais e tecnológicas, com as quais interage, esta compreensão nos permitirá acessar o âmbito universal e social da saúde, uma vez que cada trabalhador constrói sua prática no campo *sociomaterial*.

A partir dessa percepção universal-singular, que considera o Psicólogo como sujeito e trabalhador imerso nesta realidade prática, esta pesquisa objetivou *compreender o Ser psicólogo na Atenção Primária à Saúde dentro das Unidades Básicas de Saúde* e, para tanto, delimitou os seguintes objetivos específicos:

- I. Compreender como o psicólogo significa os campos da Saúde Pública e da Atenção Primária à Saúde;
- II. Entender com quais compromissos o psicólogo da Atenção Primária à Saúde se envolve no trabalho nas Unidades Básicas de Saúde;
- III. Conhecer como são operacionalizados os processos técnicos e organizativos do trabalho do psicólogo na Atenção Primária à Saúde no município de Maringá – PR;
- IV. Compreender quais desafios os psicólogos enfrentam e quais necessidades apreendem no campo prático, a fim de desempenharem seus compromissos.

Antes de avançarmos na aproximação deste ser-psicólogo, partiremos do pressuposto de que o Psicólogo não pode ser reduzido a mero instrumento da mediação entre as técnicas e os conhecimentos – que utiliza e produz – e o público – ao qual dedica o seu trabalho. Além disso, levaremos em conta que a prática do psicólogo implica em uma escolha política e ética do que é ciência, do que se denomina Psicologia e de qual é seu compromisso social. Assim como Sartre (1972) afirmou no século passado, concebemos que, enquanto técnico do saber, o especialista não é um ser inerte e, mesmo defronte de limitações e dificuldades, é capaz de romper com os projetos que, tradicionalmente, legitimam sua função social.

Ao discutirmos esta condição de liberdade, vamos nos deparar, contraditoriamente, com o fato de que este “Ser psicólogo”, pelo qual identificamos nossa profissão, ainda que esteja em constante processo de totalização, poderá ser materializado como prática universal por meio de ações que o preservam como algo dado e acabado, sendo, desta maneira, cindido de seu caráter histórico e temporal. De fato, ao retomarmos sua herança curativista, vemos que a Psicologia se consolidou no campo da Saúde com instrumentos e técnicas que, ao serem manejados por um especialista do saber psicológico, promoveriam mudanças na dimensão íntima do sujeito-objeto de sua intervenção. Assim sendo, *o psicólogo parece ter se nutrido do ideal de que – por ocupar o papel daquele que detém o saber-poder da “cura” – estaria impassível. Contudo, se continuarmos encarando este Ser psicólogo como algo inerte e imutável, enquanto um futuro-fatalidade, permaneceremos objetificados em um lugar fixo, passivo e impotente.*

### 3 METODOLOGIA

A metodologia utilizada nesta pesquisa foi baseada no método fenomenológico inspirado por Edmund Husserl (1859-1938), filósofo que fundou a fenomenologia e que defendeu uma teoria do conhecimento, conforme a obra *A ideia da fenomenologia* (1907/1989). A teoria do conhecimento, proposta por Husserl (1989), defende um novo modo de fazer ciência, comprometido em “fazer do conhecimento um dado evidente em si mesmo” (p. 26) e, assim, apreender aquilo que se manifesta e se revela à consciência, sem partir de premissas tomadas como absolutas e sem perseguir o fim de atingir uma verdade universal. Esta proposta metodológica parte do pressuposto de que a consciência é sempre consciência de algo que está fora dela, ou seja, uma consciência intencional, que só existe na relação com o que está no mundo: é a partir da realidade externa ao Ser, apreendida por meio da consciência, que se constituem o vivido, o significado e o sujeito.

Partindo do pressuposto de que as ciências são fenômenos e não sistemas de verdades absolutas, a fenomenologia propõe o estudo dos fenômenos humanos despidos de premissas e hipóteses: a fim de conservar a pergunta acerca do fenômeno que se pretende conhecer, Husserl (1989) defende a *atitude fenomenológica* como etapa metodológica inicial. Segundo o filósofo, a atitude fenomenológica é o movimento da consciência que busca resgatar as

coisas tal como elas aparecem em um primeiro momento à consciência. Com a finalidade de atingir certo conhecimento indubitável, tal autor compreende ser fundamental que, aquele que busca apreender determinado fenômeno faça uma *redução fenomenológica* – etapa que consiste na suspensão dos valores previamente associados a este fenômeno. Assim, torna-se possível a manutenção de um conhecimento intuitivo e reflexivo diante do vivido, tomando-o como “ponto de partida do conhecimento” (Freitas, 2007, p. 196).

Fazendo refutações sobre a redução fenomenológica pura, Sartre (2008/1936) reitera a relevância da fenomenologia, mas pondera que a partir dela não somos capazes de apreender naturalmente o ser das coisas, pelo contrário, precisamos *buscar o fenômeno, a partir da condição de possibilidade que o mesmo nos apresenta*. Assim, a essência do fenômeno não é dada por ele mesmo, mas sim constituída a partir de uma intuição reflexiva e de uma intencionalidade que implica em um modo de se relacionar com ele. Sartre (2008) atenta para o fato de que o conhecimento sobre o fenômeno se vale da experiência e que este saber é também uma ação sobre a realidade, ou seja, um modo de nadificá-la.

Levando em conta a necessidade de adequar o método husserliano mantendo, contudo, o olhar fenomenológico como ponto de partida para a discussão, utilizaremos como técnica o modelo empírico-compreensivo desenvolvido por *Amedeo Giorgi*, psicólogo americano conhecido por contribuir com a transposição da fenomenologia para o contexto da pesquisa psicológica. Partindo da fenomenologia de Husserl, Giorgi propõe que a redução fenomenológica sirva como elemento lógico estrutural da captação do fluxo intencional em uma comunicação do vivido, embora também afirme que não é possível pretender com ela alcançar um grau de pureza transcendental, como propunha o precursor desta ciência. Conforme esclarecido no artigo *The Descriptive Phenomenological Psychological Method* (2017), de Amedeo Giorgi, Barbro Giorgi e James Morley, o uso do método descritivo poderá não apenas auxiliar o pesquisador a questionar o que é dado como conhecimento (verdade prévia) e distinguir possibilidades indubitáveis e unificáveis acerca do fenômeno, como defendia Husserl, mas também assumir uma perspectiva psicológica, a fim de compreender as experiências vividas.

Com base nesta proposta fenomenológica, realizamos o levantamento inicial do conteúdo de cada entrevista a partir de três momentos reflexivos: (1) da descrição fenomenológica, que teve como matéria um conhecimento imediato acerca da realidade

percebida; (2) da redução fenomenológica, que correspondeu a um movimento de suspensão de valores e significados previamente naturalizados; e (3) da análise dos fenômenos, que permitiu o acesso ao sentido dado por cada participante aos temas abordados na entrevista.

Na primeira etapa, tomando como princípio o processo de análise proposto por Giorgi et al. (2017), buscamos descrever a situação do fenômeno estudado e entender o todo situado pela transcrição. Na etapa de realização da descrição fenomenológica foram realizadas respectivamente: a transcrição dos dados empíricos obtidos pelas entrevistas e a leitura da descrição, de modo pré-reflexivo e sob redução fenomenológica, com a finalidade de obter uma apreensão geral do fenômeno sem concepções ou julgamentos. Na segunda etapa, a partir da leitura minuciosa dos dados, foram discriminadas, de acordo com a sequência em que surgiram, unidades de significados nos conteúdos enunciados por cada entrevistado. Por fim, reunimos seus enunciados com significados comuns, com a intenção de (re)construir as expressões cotidianas em uma linguagem psicológica. Deste modo, partimos, de uma compreensão pré-reflexiva, intuitiva e envolvida com a vivência, para, em um momento posterior, obtermos uma consciência descritiva e reflexiva acerca dos sentidos captados. (Freitas, 2007).

Posto isso, *abordamos o fenômeno estudado de acordo com uma perspectiva temporal, não-determinista e singular*, concebendo que as determinações sociais que compõem o campo sociomaterial da Saúde e do Trabalho do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde são vividas concretamente, no âmbito de cada singularidade, sendo, portanto, cada pessoa responsável por conservar ou atualizar, a partir das próprias ações, o contexto que apreende.

Em um primeiro momento da análise, obtivemos uma *compreensão sobre o Ser do fenômeno* estudado, por intermédio da fenomenologia. Em um segundo momento, alicerçados na proposta da Antropologia Estrutural e Histórica de Jean-Paul Sartre, conforme a obra *Crítica da Razão Dialética* (1960/2002), compreendemos como o psicólogo constitui *sua práxis*, por meio da materialidade por ele apreendida. Segundo este filósofo, é na condição particular do homem concreto que podemos ter acesso ao caráter universal de sua existência. Tal caráter, constituído por tudo o que foi produzido ao longo da história da humanidade – e que é compartilhado pelos sujeitos – dá determinações às condições de existência da singularidade, mas é, simultaneamente, atualizado pelo sujeito, que busca se

totalizar na materialidade. Assim, sob esta perspectiva histórico-dialética, reconhecemos, no percurso do psicólogo, sua totalização no universal – ao passo que, enquanto ser social, carrega o passado – e seu movimento singular, que nadifica o mundo sociomaterial que lhe apresenta limitações, isto é, que transcende a objetividade atual, rumo a uma nova objetividade.

### 3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TERRITÓRIO DA PESQUISA

O Município de Maringá, situado na Região Noroeste do Estado do Paraná, possui uma população de, aproximadamente, 403.063 (quatrocentos e três mil e sessenta e três) habitantes (IBGE-2016) e é distribuído em 3 (três) distritos administrativos (Maringá, Floriano e Iguatemi). Além disso, a cidade se localiza centralmente em uma região metropolitana com população superior a 612.000 (seiscentos e doze mil) habitantes em 25 (vinte e cinco) municípios, sendo, atualmente, a terceira maior cidade do Estado do Paraná em população e umas das principais em termos econômicos.

Na área da gestão em saúde, este município é referência para outros 29 (vinte e nove) municípios, com os quais compõe a 15ª Regional de Saúde. Esta Regional pertence, por sua vez, à Macrorregião Noroeste, a qual abrange, junto com a 15ª Regional, outras Regionais de Saúde (a 11ª, a 12ª, a 13ª e a 14ª), agrupando um total de 115 (cento e quinze) municípios. Na extensão de seu território, a Rede Básica de Saúde de Maringá possui 37 (trinta e sete) Unidades Básicas de Saúde registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) do Datasus. *Em todas as Unidades Básicas de Saúde deste município as equipes de saúde são integradas por psicólogos(as).* De acordo com o Plano Municipal de Saúde de Maringá-PR (2017), até a ocasião de sua publicação, no modelo de Atenção Primária adotado pela Secretaria de Saúde do Município de Maringá, há atualmente 74 (setenta e quatro) equipes da ESF distribuídas pelas unidades existentes, com população delimitada sob suas respectivas responsabilidades, localizadas em determinados territórios.

*Além de pertencer à Rede de Atenção Primária à Saúde, as Unidades Básicas de Saúde fazem parte da Rede de Saúde Mental em Maringá, que é composta por: profissionais das equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); um serviço de Emergência Psiquiátrica Pública, com 26 (vinte e seis) leitos psiquiátricos no Hospital Municipal para*

referência dos Municípios de Maringá e Mandaguaçu; um Centro de Atenção Psicossocial 24 horas (CAPS III); um Centro de Atenção Psicossocial para álcool e outras drogas (CAPSad II); um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II Canção); um Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi) e duas Residências Terapêuticas.

Na ampliação desta rede, em maio de 2015, foi inaugurado em Maringá o Complexo de Saúde Mental, alocando os serviços especializados em um prédio próprio (CAPSIII, CAPSad e CAPSi). Em 2017, por sua vez, o CAPS III passou a funcionar em módulo integral, com 12 (doze) leitos de acolhimento aos pacientes com transtornos mentais e dependência química, proporcionando maior oferta de tratamento extra-hospitalar e manejo à crise (Plano Municipal de Saúde de Maringá-PR, 2017).

Conforme consta no Plano Municipal de Saúde de Maringá-PR, a gestão da saúde em vigor objetivou consolidar um processo de descentralização dos ambulatórios de consultas psiquiátricas que ocorriam no Complexo Maringaense de Saúde Mental e CAPSII Canção. Tal processo de descentralização consistiu na habilitação da Atenção Básica para o atendimento com especialistas da psiquiatria (em cinco Unidades Básicas de Saúde), visando aproximar o atendimento em saúde mental no território e fortalecer o matriciamento com as equipes de ESF.

A fim de fortalecer o papel da APS no campo da Saúde Mental, a gestão em saúde do Município passou a promover a realização de reuniões semanais com matriciamento dos CAPSs às UBSs, além de promover capacitações técnicas e oficinas de estratificação de risco em saúde mental voltadas aos profissionais da Atenção Primária. Neste sentido, com o objetivo de integrar os serviços da rede, a Emergência Psiquiátrica, as equipes do NASF e os CAPSs passaram a realizar reuniões integradas, a fim de coordenar estratégias de cuidado e encaminhamentos pós-alta.

Além dos serviços especializados serem organizados em setores no Municípios, as Unidades Básicas de Saúde da região de Maringá também são agrupadas em quatro regionais administrativas, denominadas *distritos sanitários*. Cada distrito compõe uma equipe de Saúde Mental que se reúne em periodicidade mensal, havendo, portanto, quatro grupos que participam destas reuniões – as quais são coordenadas por profissionais de saúde gestores da Rede de Saúde Mental, sendo que participam delas todos(as) os(as) psicólogos(as) das Unidades Básicas de Saúde do Município.

Pretendendo dar foco na situação concreta do psicólogo da APS, a presente pesquisa buscou seguir a lógica da divisão por distritos sanitários, subdivididos em quatro grandes áreas, como critério preferencial para selecionar os(as) participantes do estudo. Embora a seleção tenha sido norteadada por este critério inicial, não foi possível colocá-lo em prática de maneira integral, tendo sido necessário realizar readequações. Conforme entrávamos em contato com os(as) psicólogos(as) das unidades, notávamos uma discrepância entre as informações contidas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e a situação atual dos serviços, uma vez que diversos dados estavam desatualizados e, por conseguinte, não representavam o quadro real dos profissionais que compunham a equipe. Ademais, foi necessário redefinir este critério de seleção, levando em conta a permanência dos psicólogos nas unidades, visto que diversos profissionais tinham sido inseridos recentemente ou remanejados de local. Diante disso, selecionamos distintas localizações geográficas e consideramos o índice de demandas de saúde, a partir da densidade demográfica das áreas de abrangência das unidades. O recorte deste número de participantes foi delimitado de acordo com o número de distritos, a fim de que fosse possível considerar, na compreensão dos dados coletados, as particularidades das Unidades Básicas de Saúde, da situação territorial de cada espaço e das relações de cada psicólogo com a realidade apreendida.

*As unidades selecionadas foram denominadas UBS 1, UBS 2, UBS 3 e UBS 4, conforme a ordem das entrevistas realizadas em campo.* Todas estas unidades, também denominadas “Núcleo de Saúde Integrado” (NIS), eram, até o momento da pesquisa, compostas por equipes de NASF e de ESF, sendo que as equipes desta Estratégia possuíam uma média de usuários cadastrados que variava de 13.000 (treze mil) a 26.000 (vinte e seis mil).

Segundo dados obtidos pelo CNES, a *UBS 1* possui, em seu território de abrangência, cerca de 21.627 (vinte e um mil, seiscentos e vinte sete) usuários registrados pelo PSF, sendo composta por 109 (cento e nove) profissionais de saúde cadastrados, estando incluídos, entre eles: um psicólogo, vinte e nove agentes comunitários, nove enfermeiros, onze médicos – sendo estes seis médicos da ESF, um clínico geral, bem como outros especialistas, como um ginecologista, um pediatra e um psiquiatra –, três farmacêuticos, dois fisioterapeutas, dois assistentes gerais e um nutricionista, além de outros profissionais da saúde e técnicos.



A *UBS 2* possui o território de maior abrangência entre as Unidades selecionadas, com aproximadamente 26.009 (vinte e seis mil e nove) usuários registrados pelo PSF, contando com um grupo de 108 (cento e oito) profissionais de saúde cadastrados, composto por: três psicólogos, vinte e quatro agentes comunitários, oito enfermeiros, quatorze médicos – sendo estes sete médicos da ESF, clínicos gerais, além de outros especialistas, como um ginecologista, um otorrinolaringologista, um ortopedista e um pediatra –, quatro assistentes sociais, dois farmacêuticos, um fisioterapeuta, um terapeuta ocupacional, um nutricionista, assim como outros profissionais da saúde e técnicos.

A *UBS 3*, por sua vez, possui cerca de 13.277 (treze mil duzentos e setenta e sete) usuários registrados pelo PSF e é composta por 55 (cinquenta e cinco) profissionais de saúde cadastrados, estando incluídos entre eles: um psicólogo, quatorze agentes comunitários, seis enfermeiros, seis médicos – sendo três médicos da ESF, um médico clínico, um pediatra e um ginecologista –, além de outros profissionais da saúde e técnicos.

Por fim, a *UBS 4*, que possui o território de menor abrangência entre as unidades selecionadas, com aproximadamente 11.615 (onze mil seiscentos e quinze) usuários registrados pelo PSF, conta com um conjunto de 64 (sessenta e quatro) profissionais de saúde cadastrados, constituído, entre eles, por: dois psicólogos, cinco enfermeiros, cinco médicos – sendo três médicos da ESF, um médico clínico e um ginecologista – um fonoaudiólogo, três assistentes sociais, um farmacêutico, um fisioterapeuta e um nutricionista, afora outros profissionais da saúde e técnicos.

Cabe considerar que Maringá é reconhecida como uma cidade de médio-grande porte, com boa organização e altos índices de qualidade de vida em relação às médias nacionais e que, coerentemente, na área da saúde, inclusive nas redes de APS e de Saúde Mental, é considerada referência de qualidade para os municípios vizinhos. Debruçando-se sobre os serviços de saúde da cidade de Maringá, Machado e Carvalho (2013) identificam um cenário de centralidade urbana e desigualdade social, no qual, por um lado, os serviços de saúde foram se aglutinando ao redor de territórios urbanos centrais, em localizações socioeconomicamente mais desenvolvidas e dotadas de hospitais privados de alta complexidade. Por outro, nos locais mais periféricos da cidade, cujas populações possuem menor poder aquisitivo, o acesso aos serviços de saúde tem se restringido às Unidades Básicas de Saúde ou Centros de Saúde e às Policlínicas, UPAs e hospitais públicos – serviços

que enfrentam certa escassez de recursos econômicos e materiais. Segundo estes autores, *a partir da formação de centros urbanos na área da saúde, são acumuladas densidades técnicas e informacionais e, em decorrência disso, formam-se espaços de desigualdades* – nos quais determinados serviços de saúde passam a ser acessíveis a um grupo hegemônico, embora se tornem inacessíveis a grupos sociais menos privilegiados.

Ainda que a cidade de Maringá seja composta por uma realidade territorial plural, onde existem disparidades socioeconômicas, a organização descentralizada do SUS possibilita que as Unidades Básicas de Saúde promovam uma democratização da saúde e dos espaços. Considerando isso, pretendemos abranger distintas áreas da cidade e compreender a realidade dos psicólogos da APS, não apenas circunscrita a uma determinada centralidade urbana, mas a *distintos pontos urbanos*, a fim de que particularidades territoriais também possam ser abordadas.

### 3.2 PROCEDIMENTOS

A presente pesquisa teve seu projeto preliminar apresentado ao *Comitê Permanente de Ética em Pesquisa com seres humanos* (COPEP) da Universidade Estadual de Maringá e à *Assessoria de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores de Saúde* (CECAPS) da Secretaria de Saúde do Município de Maringá – PR. Após receber aprovação por meio do Parecer Consubstanciado do CEP n. 3.367.577 e liberação do campo para a investigação pelo CECAPS, demos início ao contato com os(as) psicólogos(as) das Unidades Básicas de Saúde da região de Maringá, inseridos nos diferentes distritos sanitários do Município.

A pesquisa, delineada em metodologia qualitativa, fenomenológica e de cunho compreensivo, lançou mão de *entrevistas individuais semiestruturadas* para acessar a percepção e a vivência de uma parcela de psicólogos das UBSs de Maringá. O uso desta metodologia nos ajudou a compreender: quais os desafios vividos por tais psicólogos, quais significados são imprimidos *no e pelo* trabalho e como fazem para lidar com os desafios com os quais se deparam na prática.

A participação dos(as) psicólogos(as) selecionados(as) foi eletiva e voluntária, havendo, durante todo o processo, a possibilidade de que o(a) psicólogo(a) convidado se recusasse a participar da pesquisa, sem que houvesse qualquer constrangimento ou prejuízo

a sua pessoa. Todos(as) os(as) psicólogos(as) convidados(as) aceitaram participar da pesquisa e não houve nenhuma desistência no decorrer do processo. Após os(as) entrevistados(as) terem manifestado seu livre consentimento, as entrevistas foram realizadas nos respectivos locais de trabalho dos(as) psicólogos(as) participantes, a fim de que pudéssemos conhecer as unidades nas quais eles(as) atuavam e também para que nos aproximássemos das condições materiais disponíveis às suas práxis. Para tanto, ativemo-nos, a partir da observação e da escuta, ao que eles(as) apontavam como disponível e existente e ao que indicavam como escasso ou insuficiente no campo material. O diálogo ocorreu nas salas disponibilizadas pelas unidades que atenderam ao critério para a manutenção do sigilo e do conforto indispensáveis às entrevistas. Nas ocasiões em que tais entrevistas foram realizadas, o teor da pesquisa e de seus compromissos foram apresentados previamente aos(às) psicólogos(as) participantes, que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), autorizando o início das *escutas-intervenções*.

Para nortear a entrevista, foram realizadas as seguintes questões: **1) Conte-me sobre sua escolha pela Psicologia. 2) Como foi, durante sua formação acadêmica, o ensino sobre o campo da saúde pública? Se teve esta formação, como o apreendeu e como o apreende agora? 3) Quais motivos você considera terem te impulsionado a escolher o campo da saúde pública e o da Atenção Primária à Saúde para atuação? 4) Quais princípios e compromissos você considera norteadores para a prática da Atenção em Saúde na Saúde Pública e Atenção Primária à Saúde? 5) Como ocorrem as interseções entre você e o seu trabalho, enquanto psicólogo na Atenção Primária à Saúde, e as políticas públicas que regulamentam a atuação neste serviço? 6) Quais são os desafios enfrentados por você no cotidiano desta Unidade Básica de Saúde? 7) Como tem sido para você ser psicólogo da Atenção Primária à Saúde e como você se sente em relação a seu trabalho? 8) Quais recursos de enfrentamento você utiliza para superar as dificuldades enfrentadas? E quais espaços você encontra para buscar suporte?**

Ao final da pesquisa, como seu desdobramento prático, convidaremos os(as) psicólogos(as) participantes a compor *uma roda de conversa sobre o trabalho do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde, visando proporcionar um espaço grupal de reflexão e de compartilhamento de vivências*. A partir desta proposta, pretendemos estimular os(as) entrevistados(as) a dialogar a respeito das limitações e dos desafios comuns de seus

trabalhos, além de facilitar o reconhecimento das proximidades e das divergências existentes entre suas práticas. Por meio deste encontro também buscaremos auxiliá-los(as) a encontrar alternativas para superar alguns dos desafios elencados e a realizar, coletivamente, encaminhamentos possíveis de serem operacionalizados.

### **3.3 APREENSÃO DO FENÔMENO E ANÁLISE COMPREENSIVA DOS DADOS**

Cada objetivo específico desta pesquisa deu origem a um núcleo temático, que será apresentado nos capítulos a seguir, a partir dos títulos: *Sentidos de ser um psicólogo na Atenção Primária à Saúde; Engajamento do psicólogo: campo ético-político do trabalhador; Relações do trabalhador com o campo técnico-operacional do trabalho e, por fim, Desafios de ser psicólogo na Unidade Básica de Saúde*. Cada núcleo temático, por sua vez, possui suas respectivas unidades de sentido, que, destrinchadas em suas particularidades, compuseram estes temas.

A partir das unidades de sentido sintetizadas nestes núcleos temáticos, analisamos, compreensiva e criticamente, *a relação singular/universal de ser um psicólogo da Atenção Primária em Saúde, ou seja, buscamos compreender como cada entrevistado tem apreendido, em sua singularidade, a universalidade do trabalho do psicólogo na Unidade Básica de Saúde*. Em movimento inverso, aspectos comuns, divergentes e idiossincráticos foram selecionados entre os enunciados, o que nos possibilitou alcançar recortes universais sobre o fenômeno estudado. Entre os materiais obtidos por meio deste método de compreensão, foi possível identificar aspectos unívocos sobre as singularidades do papel do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. A discussão compreensiva e crítica, que será apresentada ao longo da exposição dos resultados e aprofundada nas considerações finais deste estudo, se alicerçou no pensamento de Jean-Paul Sartre e nas contribuições de pesquisadores contemporâneos que abordam os desafios do Sistema Único de Saúde, bem como as temáticas da Saúde Coletiva e da Saúde Pública no Brasil.

#### **4 SENTIDOS DE *SER PSICÓLOGO* NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Considerando a concepção sartreana de práxis (2002), entende-se que, ao realizar uma determinada atividade, o sujeito altera não apenas seu campo prático, como também a si mesmo, elegendo fundamentos para as próprias ações. Assim, ao mesmo tempo que produz uma realidade concreta, quando intenciona uma finalidade prática, o sujeito estabelece um valor a ela. O projeto de ser – ou seu sentido de ser – é prospectivo e aberto: o ser está fora da consciência e não existe em si mesmo, sendo preciso que o sujeito se lance no futuro e ultrapasse o tempo imediato na busca de sua totalização.

Imerso na realidade concreta, o sujeito intenciona fins possíveis, que lhe permitem inaugurar um âmbito *irreal* da realidade. A partir de uma ação reflexiva, o sujeito busca unificar suas percepções em estados transcendentais, almejando totalizar-se. Assim sendo, embora as necessidades apreendidas pelo sujeito surjam no plano material, é diante de sua consciência esvaziada que o sujeito procura coser um ideal para si e, a partir disso, trabalha sobre a realidade.

No que tange à própria atuação na Atenção Primária à Saúde, cabe afirmar que os sentidos imprimidos pelos entrevistados se relacionam com o projeto de ser psicólogo visado por cada um deles. A motivação inicial para a escolha desta profissão, no caso destes trabalhadores, esteve predominantemente relacionada a crenças irrefletidas e percepções idealizadas da profissão, as quais se alicerçavam em um projeto de autorrealização. Tais psicólogos almejavam ser dotados de saberes e poderes que lhes possibilitassem agir sobre o campo (inter)subjetivo. Portanto, em geral, revelavam uma autoimagem idealizada, concebendo a si mesmos como benevolentes e altruístas.

##### **4.1 O SER IDEALIZADO DO PSICÓLOGO**

O *cuidado com o outro* e o *desejo de promover mudanças* foram sentidos unânimes atribuídos ao Ser psicólogo. Nos casos do psicólogo da UBS 2 e da psicóloga da UBS 3, a Psicologia clínica foi visada por ambos como área privilegiada e permeada de possibilidades para a realização desse projeto de ser. Recordando-se de sua experiência concreta neste campo, o psicólogo da UBS 2 concluiu que sua escolha pela Psicologia foi motivada por um

olhar idealizado e ingênuo, que foi sendo frustrado à medida que suas expectativas foram se mostrando inatingíveis:

*“Eu vi na Psicologia a ilusão de poder **ajudar muitas pessoas** (risos). Na época, eu não sabia que era uma ilusão, mas foi o desejo de ajudar muitas pessoas mesmo”. (Psicólogo da UBS 2).*

Igualmente, a psicóloga da UBS 3 relatou uma frustração com seu projeto de ser psicóloga, ao ter percebido que não seria possível adquirir um **autoconhecimento**, propiciado pelos saberes da Psicologia, que sanasse suas angústias e incertezas, conforme pode-se identificar no trecho a seguir:

*“São coisas que eu busco respostas, ainda. O que eu vejo agora, neste momento, é que o motivo da escolha talvez não devesse ter sido esse: as dificuldades e os meus problemas... eu deveria ter buscado outras coisas. Talvez eu não pensei, como profissão, que eu iria trabalhar com os problemas dos outros, com as emoções, né?! Talvez foi isso que me decepcionou um pouquinho”. (Psicóloga da UBS 3).*

A escolha inicial pela Psicologia, além de estar fundamentada em percepções e crenças idealizadas, na maior parte dos casos, se deu na ausência de um contato imediato com a concretude do trabalho. Sem um conhecimento sobre a realidade da área, os futuros psicólogos apenas acessavam a mediação com esta esfera a partir do que estava disponível em seus respectivos campos sociomateriais, ou seja, as crenças, os preconceitos e os ideais sobre esta profissão. Ao escolherem atuar na Psicologia, *apenas os psicólogos da UBS 1 e UBS 4, apreenderam as políticas públicas como uma motivação e vislumbraram nelas um trabalho possível* – embora o psicólogo da UBS 2 também tenha relatado ter afinidade com as políticas públicas.

No tocante à sua escolha profissional, o psicólogo da UBS 4 destacou que, embora sua aproximação com a Psicologia tenha se justificado a partir de seu interesse pelo psiquismo e pela subjetividade, visualizava possibilidades de exercê-la no âmbito das políticas públicas, tendo em vista suas contribuições aos direitos sociais e humanos:

*“Aí eu pensei que Psicologia tinha um pouco a ver comigo e achava que era um campo legal para trabalhar em direitos humanos e em defesa da vida. Foi meio que isso: como é que eu poderia pensar um trabalho que eu pudesse então reverter isso socialmente. Assim, eu sempre pensei em Psicologia e em um serviço público, em ofertar um serviço público de*

*qualidade. Além disso, sempre essa coisa do encanto pelo psiquismo, pela vida e de como que as coisas acontecem e funcionam”.* (Psicólogo da UBS 4).

De acordo com o conteúdo vivido e expressado pelos psicólogos participantes da pesquisa, a escolha de atuar na Atenção Primária à Saúde, especificamente, se deu, tanto motivada pela afinidade com as políticas públicas, quanto determinada pelas condições sociomateriais que, ao apresentarem uma realidade de raridade e escassez, provocaram uma vivência de insegurança nos sujeitos. Isto é, em face da necessidade de se inserirem no mercado de trabalho, *os psicólogos perceberam, no contexto do serviço público, a garantia de um vínculo empregatício e maior estabilidade social e econômica.* É o que expõe a seguir o psicólogo da UBS 2:

*“O concurso surgiu como necessidade. Para a gente da Psicologia isso ainda é muito claro: o concurso ainda é uma das melhores saídas...mesmo que a gente ganhe pouco, ainda é o melhor caminho. Escolher um bom concurso é um bom caminho para a gente”.* (Psicólogo da UBS 2).

## **4.2 O PSICÓLOGO ENQUANTO UM SER CUIDADOR**

Sob a perspectiva ontológica, o cuidado é uma atitude fundamental na vida: “o homem sempre cuida. Mesmo nas relações de desprezo e descuido, o homem cuida”. (Anéas e Ayres, 2011, p. 653). Sendo primordial à existência humana, enquanto uma ocupação do homem junto ao mundo, a dimensão do cuidado não pode ser alienada das práticas humanas. Tendo em vista o cuidado preceder o campo instrumental e científico, sua presença no campo da *saúde* é apenas um modo de desdobramento, uma forma de se revelar.

Considerando a categoria ontológica abordada por Heidegger na obra *Ser e tempo*, Anéas e Ayres (2011) afirmam a *relevância de resgatar o sentido subjetivo e ético do cuidado no campo da saúde, atentando para a inseparabilidade entre dimensão relacional e dimensão técnico-científica e operacional.* Conforme apontam estes autores, distanciando-se da cotidianidade do mundo, é possível colocar sobre análise o modo de ser da instrumentalidade no campo da saúde – manejos, procedimentos, materiais, protocolos –, isto é, apreender não a coisa em si, mas, justamente, a finalidade e o uso que se dá a esta instrumentalidade, evitando a desumanização e a reificação das práticas de cuidado.

Com vistas à dimensão relacional, o termo *cuidado em saúde* foi aprofundado pela *Política Nacional de Humanização – PNH*, criada pelo Ministério da Saúde em 2003. A partir desta política transversal, o cuidado é abordado como uma prática intersubjetiva, coletiva e processual, que não se restringe ao uso de instrumentos, procedimentos e técnicas generalistas e impessoais. Assim, a fim de que seja efetivado, o cuidado em saúde precisa ser dado de modo ampliado, a partir das noções de integralidade e humanização das práticas de saúde. Segundo Benevides e Passos (2005), este modo de cuidado está intimamente vinculado a *humanização*, a qual consiste em um

processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Pensar a saúde como experiência de criação de si e de modos de viver é tomar a vida em seu movimento de produção de normas e não de assujeitamento a elas. (p. 570).

No âmbito prático da Psicologia, *ser cuidador é um sentido que unifica a identidade do psicólogo*, mesmo em um campo que não deve se sustentar no paradigma da clínica tradicional, curativista e individual. Os psicólogos participantes da pesquisa compreendem o cuidar enquanto uma atitude fundamental de “debruçar-se sobre”, que se mantém presente de modo transversal, mesmo em contextos que demandam práticas inovadoras, como o da Atenção Primária. Nesta perspectiva, o cuidado é abordado como vasto e abrangente, não se caracterizando apenas pela relação cuidador-paciente dentro de um determinado *setting* terapêutico. Sob o ponto de vista de que o cuidado também inclui as relações entre os membros das equipes, os psicólogos reconhecem-no: no caráter coletivo da produção de saúde-doença; na posição de abertura para a alteridade; e na troca afetiva consolidada nestas relações – o que pode acontecer em espaços menos definidos e formalizados.

Na Atenção Primária, ao exercerem práticas de cuidado, os psicólogos sentem que cumpriram suas missões, obtendo autorrealização e autovalia. Ao definir o que é cuidado, o psicólogo da UBS 4 apresenta a ***ampliação da vida*** como um objetivo fundamental desta atitude:

*“Cuidado é estar com aquela pessoa, ouvir os seus problemas e aquilo que a angustia, além de pensar como resolver junto com ela, como ela pode fazer diferente para ampliar sua vida. Se o adoecimento é estreitamento, saúde é ampliação... do cuidado, melhor dizendo, você faz isso por meio do cuidado”. (Psicólogo da UBS 4).*



Com base nesta definição, tal psicólogo concebe o cuidado é capaz de promover a ampliação da vida e de auxiliar na superação do estreitamento provocado pelo adoecimento. Se o cuidador objetiva facilitar a ampliação da vida daquele que recebe seus cuidados, ao alcançar este fim, ele também amplia a sua própria vida, como alguém que se realiza a partir do desenvolvimento que propiciou ao outro: ele se vê, afinal, como possibilitador do outro, isto é, ele se totaliza nesta ação enquanto psicólogo-cuidador.

Por sua vez, a psicóloga da UBS 3 define o cuidado enquanto *uma materialização de sua potência na profissão*, quando, por intermédio desta prática, promove alguma transformação favorável na condição de saúde de um sujeito que se encontra(va) em sofrimento. Assim, para ela, ao passo que obtém sucesso nesta missão, se preenche e se satisfaz como profissional:

*“[...] quando eu vejo um paciente que estava em grande sofrimento, mas que consegue pensar de uma outra forma, consegue mudar um pouquinho de vida, traz uma satisfação. É o que eu consigo compreender melhor. Quando eu visualizo esse cuidado, é o que me traz mais satisfação”. (Psicóloga da UBS 3).*

Caso o cuidado seja encarado como este ato que deve produzir transformações desejáveis na vida de outra pessoa, o psicólogo não reconhecerá sua contribuição quando suas limitações forem predominantes, isto é, ante circunstâncias cerceadoras. Contudo, proporcionando ou não algum tipo de cura, o cuidado continuará sendo indispensável: *embora nem sempre atinja o resultado de reabilitação ou avanço terapêutico almejado, o cuidador poderá contribuir para a produção de novos sentidos subjetivos e para a recuperação do estatuto de sujeitos de direitos, numa perspectiva da existência-sofrimento.* (Costa-Rosa, et al., 2003).

A limitação do cuidador em face da realidade é uma condição incontestável: ele não consegue apreender a totalidade, a fim de entendê-la, nem ao menos tem acesso a todos os recursos necessários para oferecer a quem ele busca ajudar. Tal limitação é não somente um dado de sua própria condição humana, mas também um pressuposto que lhe permite tentar obter respostas para compreender ou superar algumas vicissitudes e vulnerabilidades da existência.

Ainda no que concerne a este tema, o psicólogo da UBS 2 apreende que *sua prática como cuidador na Atenção Primária é repleta de limitações e complexidades*, tendo em vista que, com seus recursos, ele não consegue alterar as condições concretas dos sujeitos, ou seja, os determinantes socioeconômicos que impactam as vidas dos usuários e que os colocam em situações materiais de precariedade e vulnerabilidade. Segundo este psicólogo, atender a uma população desprovida do mínimo existencial garantido é uma imensa dificuldade:

*“As pessoas têm dificuldades quando não têm dinheiro, quando não têm emprego, quando falta isso e aquilo. Nesses casos, é difícil cuidar do emocional das pessoas. O que mobiliza bastante a gente, pelo menos a mim, é **quando a gente consegue dar conta, quando damos conta, ficamos felizes**”.* (Psicólogo da UBS 2).

Ao ter que lidar com estas limitações, contudo, o psicólogo pode encarar seu papel de um modo menos idealizado e reconhecer que, mesmo cumprindo seu papel “ampliador”, não será capaz de suprimir toda a escassez da sociomaterialidade, uma vez que esta escassez é determinada no âmbito coletivo, envolvendo aspectos dos Determinantes Sociais da Saúde.

#### **4.3 A INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NO CAMPO DO TRABALHO: UM SER SUBMETIDO ÀS CONDIÇÕES DE ESCASSEZ DA SOCIOMATERIALIDADE**

Não é apenas a população que, desprovida de condições socioeconômicas básicas, está submetida à condição de escassez; *também o psicólogo, ao ser inserido em um campo prático do trabalho, está envolto nesta escassez, em meio a uma política pública retalhada e atacada*. Tal condição, que contradiz o ideal onipotente de cuidado-cura, marca o percurso do psicólogo desde o início de sua inserção neste campo de trabalho.

Abordando a ida para a Unidade Básica de Saúde, os psicólogos evidenciaram que esta se tratou de uma escolha situada, pois, embora tenha sido voluntária, se deu por intermédio de acontecimentos contingentes. A maioria dos entrevistados demonstrou afinidade com as políticas públicas, mas, antes que viessem a efetivamente trabalhar nesta área, dependiam da abertura de concursos públicos. Ou seja, seus projetos estavam submetidos às condições materiais disponíveis.

Os psicólogos destacaram que suas inserções nos campos da APS não foram premeditadas, mas efetivadas, a partir da concretude, conforme as condições iam os situando: os psicólogos foram transitando em distintos contextos dos serviços públicos, seja por uma determinação da gestão pública, seja voluntariamente, até que, mediante a realização de novos concursos, encontrassem alguma opção que melhor atendesse a seus interesses. No caso do psicólogo da UBS 4, na ocasião em que assumiu seu primeiro concurso público, não foi apresentada a ele a oportunidade de escolher uma área de atuação específica, uma vez que, enquanto psicólogo da prefeitura, tal profissional foi direcionado conforme a disponibilidade de vagas no âmbito das políticas públicas, independentemente de ter ou não uma preparação voltada para as atribuições do cargo:

*“Eu passei num concurso, no interior de São Paulo, e aí foi aquela situação, em que eu disse: ‘queria ir para a escola’; e não: ‘tem a vaga na saúde. Então você vai para a saúde’. E aí fui ter que estudar saúde, compreender o que é SUS e saúde coletiva [...]”* (Psicólogo da UBS 4).

Ainda no que tange à inserção profissional não-planejada, outros elementos dignos de serem abordados são a *preparação* e a *identificação do psicólogo* com o próprio trabalho. Os psicólogos entrevistados afirmaram que, na ocasião da assunção de seus respectivos cargos, precisaram buscar conhecimentos específicos que não possuíam, tendo em vista que cada política pública – que orientava os serviços nos quais eles eram alocados – demandava práticas terapêuticas distintas e até uma redefinição sobre a prática profissional. Em alguns casos, ante os desafios e necessidades que iam surgindo, os psicólogos iam em busca de recursos que os capacitassem para a atuação naquele serviço e em sua política correspondente, adequando suas concepções e seus ideais ao contexto. Em outros casos, nos quais, mesmo com a obtenção de recursos para executar suas funções, os psicólogos não conseguiam se identificar com o trabalho, ficavam deslocados e sentiam-se inadequados em relação a ele, sem que conseguissem se reconhecer na materialização das próprias práticas. Isto é o que podemos perceber na fala da Psicóloga da UBS 3, transcrita a seguir:

*“Aí eu comecei a trabalhar no CRAS, que era uma política nova e que falava de assistência social, mas não falava nada de clínica – falava que não podia atender. Então eu estava ainda mais perdida. Essa identificação estava ainda mais distante, sabe?! Mas como eu falei, eu precisava trabalhar, então eu tentei me esforçar, estudei, cheguei a fazer a pós sobre isso*

*para tentar me situar um pouquinho mais. Então, quando eu vim para a saúde, eu me aproximei um pouquinho mais: ‘ah, agora eu sei do que as pessoas estão falando’, ‘me identifico um pouquinho mais em relação a isso’”. (Psicóloga da UBS 3).*

Ao expor algumas dificuldades enfrentadas no processo de (re)significação de sua percepção sobre a profissão, a entrevistada relatou sua inserção na Assistência Social – área em que foi alocada antes de ser aprovada para o cargo que ocupa atualmente na Saúde. Diante da inadequação da prática clínica tradicional – atuação para a qual fora preparada – no serviço do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), a psicóloga se viu desprovida de identidade, já que não conseguia se reconhecer como psicóloga em práticas que não requeriam esta abordagem.

Foi apenas atuando no serviço de saúde, ao perceber a legitimidade coletiva para a prática clínica, que a psicóloga da UBS 3 passou a se identificar com suas próprias ações e a se sentir mais pertencente a este contexto, isto é, ela somente se reconheceu enquanto psicóloga quando se viu exercendo a clínica tradicional. Embora esta psicóloga relate uma dificuldade em encontrar sua identidade profissional nas práticas não-tradicionais, cabe pontuar que este sentimento não se explica apenas por uma ausência de preparação ou de afinidade com as políticas públicas. Neste caso, tal psicóloga referia um permanente sentimento de despertencimento<sup>11</sup> com relação à própria profissão, já que, desde a graduação, constatava uma não-identificação.

---

<sup>11</sup> A psicóloga da UBS 3 relata que seu sentimento de despertencimento se acentuou após passar por uma recente perda de um ente querido. Após esta experiência, a sensação já existente de não-identificação com o seu trabalho pareceu ficar ainda mais intensa, pois se somou à necessidade de revisar seus sentidos de vida e de engendrar uma nova “busca de si”.

#### 4.4 PERTENCIMENTO OU DESPERTENCIMENTO: COMO É SER PSICÓLOGO NA UBS

A identificação com o trabalho é um aspecto central na produção de sentido laboral. O trabalho é materialização de um projeto de ser sobre a realidade, portanto, o trabalhador produz materialidades sempre com vistas a uma finalidade que visa realizar. Tal finalidade, entretanto, pode ser imposta por outrem e apreendida pelo trabalhador de modo alienado – como é o caso do trabalho dentro do sistema capitalista, que orienta o sujeito a realizar uma determinada função previamente descrita e estabelecida e, ao final do processo, se apropria de suas produções laborais. Sendo assim, embora haja sempre uma intencionalidade, o trabalho pode estar alienado do projeto que o justificou originalmente, atendendo a necessidade de um terceiro, mas não a do próprio sujeito, ou seja, *a finalidade alienada pode inviabilizar a realização do trabalhador enquanto sujeito de seu projeto de ser*. Neste caso, é possível que o trabalhador realize ações desprovidas de sentido (para si), ou seja, que não se reconheça na materialidade por ele mesmo produzida.

No campo da Atenção Primária, a identificação com o trabalho aparece como um desafio aos psicólogos, pois exige deles que estabeleçam uma unidade identitária, que seja capaz de situá-los em um lugar comum, e, simultaneamente, em um lugar particular dentro do espaço sociomaterial da saúde. O pertencimento do psicólogo neste campo, entretanto, ainda requer intenso esforço, pois embora a Psicologia seja chamada a exercer o modelo clínico-curativista, enquanto uma área de especialidade, tal modelo ainda não se encaixa no molde disciplinar da saúde orgânica, destoando das demais áreas da Atenção Primária.

A psicóloga da UBS 1 relata que, em sua breve passagem<sup>12</sup> na Atenção Primária, percebeu o isolamento da Psicologia em relação às equipes de saúde e que se sentiu desvalorizada e deslocada ante a percepção de que as condições materiais, disponíveis para o seu exercício profissional, eram precárias e inadequadas para sua atuação. Além da

---

<sup>12</sup> A psicóloga da UBS 1 foi a primeira entrevistada desta pesquisa, mas, embora estivesse, na época, cadastrada no CNES como psicóloga na UBS de referência, não atuava de fato na Atenção Primária – apenas havia passado pela experiência de ser psicóloga naquela unidade pelo período de 1 (um) ano. Ela foi inserida em uma UBS do município com a finalidade de cobrir as férias de uma profissional e realizar horas extras. Como esta psicóloga atuava em um Centro de Atenção Psicossocial, orientou sua prática na Atenção Básica a partir de sua experiência com Saúde Mental e a partir de práticas já estagnadas na unidade, buscando atender à solicitação de redução das filas de espera – uma vez que tinha sido designada para tal tarefa.

precariedade material, visível pela ausência de salas e de computadores para elaborar os seus relatórios, era evidente que o espaço existente havia sido projetado para o exercício de outras áreas clínicas. Ao recordar-se de sua inserção na UBS, a psicóloga da UBS 1 trouxe à tona uma memória vívida da precariedade dos locais em que realizava seus atendimentos:

*“Tinha um lugar... tinha um lugar que eu atendia que era um cubículo, que era a última opção, mas eu já atendi. Tinha duas macas... Era um lugar super inapropriado, nada a ver e às vezes eu atendia lá, pois a pessoa estava agendada e eu tinha outra em seguida, então precisava atender e precisava arranjar um outro lugar. Então, assim, é precário! Era um consultório... como se estivéssemos invadindo um outro lugar”* (Psicóloga da UBS 1).

Se, por um lado, a Psicologia é convocada, na UBS, para assumir o lugar tradicional da clínica – ainda que, para tanto, ocupe um lugar apartado das práticas preventivas e sanitárias das equipes de saúde –, por outro lado, quando desprovida dessa identidade preconcebida, parece cair em um não-lugar ou ainda em um espaço indefinido que requer uma nova produção de si. Diante da renúncia de seu lugar como especialista, o psicólogo é desafiado a buscar outras práticas, a partir das quais possa produzir sua identidade, bem como outro modo de ser identificado pelos demais profissionais – caminho este que parece carecer de roteiros ou indicações concedidas pela sociomaterialidade da Saúde.

À procura de reconhecimento e de norteamento para suas práticas, alguns psicólogos buscam agir em conformidade com esta definição identitária, ou seja, enquanto um especialista que tem seu lugar salvaguardado pela técnica clínica. Neste caso, ao psicólogo da UBS, fica reservada a posição de ser o único profissional da Atenção Primária capacitado para escutar, avaliar e acompanhar as demandas de Saúde Mental. É o que evidenciam a Psicóloga da UBS 1 e a Psicóloga da UBS 3, que identificaram neste papel prescrito a possibilidade de se inserirem neste espaço de modo a pertencerem a ele.

Ambas as psicólogas demonstraram preocupação em dar continuidade às ações previamente convencionadas da Psicologia na UBS, tendo em vista que buscaram adequar suas práticas ao modo de funcionamento preexistente, isto é, reproduzindo na atualidade os modelos prévios, produzidos pelos psicólogos que as precederam. Embora a psicóloga da UBS 3 considere que há uma fragmentação, dentro da unidade, entre Saúde Geral e Saúde Mental, ela entende que a busca pela superação desta separação causaria uma resistência

interpessoal entre ela e os demais profissionais, ao passo que esta mudança os implicaria a fim de que se engajassem nesta demanda:

*“Eu acho que solicitar isso para eles pode soar como mais uma coisa a ser feita. Porque o trabalho é sobrecarregado para o psicólogo, mas não só, é sobrecarregado para o médico, o enfermeiro. Então, talvez, se fizer um trabalho como: ‘olha, tem certas demandas que vocês podem tentar resolver...’ pode soar como mais uma coisa a ser feita, sendo que é tão fácil só encaminhar que o psicólogo vai resolver. Acho que esse seria um desafio, essa aceitação por parte dos profissionais não-psicólogos de ter que lidar com a saúde mental. Por enquanto, está desse jeito, um pouco divido as coisas do psicólogo, mas eu ainda não me sinto à vontade de estar interferindo naquilo que já existia”. (Psicóloga da UBS 3).*

Não obstante as psicólogas estejam salvaguardadas pelo saber-poder enquanto especialista, em contrapartida, ao assumirem com exclusividade as demandas de Saúde Mental acabam individualizadas e apartadas dos demais profissionais. Desta forma, por meio de suas ações fatalmente corroboram o cuidado não-integral e a concepção de que a Saúde Mental é um campo dissociável e distante da Atenção Primária. No excerto abaixo, a psicóloga da UBS 1 expõe que esta lógica do especialismo na saúde implica na precarização do olhar da equipe acerca dos fenômenos da Saúde Mental e, em alguma medida, na patologização do sofrimento, que a passa a ser encarado enquanto uma doença que só pode ser manejada por um técnico especialista:

*“Geralmente quem recebia esse paciente na unidade básica é o enfermeiro, porque normalmente passa por ele antes do médico e ele geralmente identifica algo [uma demanda] com sofrimento mental, qualquer coisa que a pessoa fale, se está muito triste por alguma coisa, algo desse gênero... a pessoa é encaminhada para a Psicologia. É como se os outros profissionais da UBS não tivessem que lidar com esse tipo de coisa, é uma coisa à parte das doenças clínicas”. (Psicóloga da UBS 1).*

Embora não realize uma reflexão crítica acerca de sua participação na conservação deste funcionamento, a psicóloga da UBS 1 denuncia a dificuldade da Atenção Primária em cumprir com o princípio da integralidade e com a promoção de ações em Saúde Mental. Um outro ponto revelado pela psicóloga é que, de modo geral, a equipe concebe *Saúde Mental* enquanto algo específico e distante de seus conhecimentos e ações, e, mais do que isso, enquanto algo que deve ser mantido apartado. Mas afinal, o que consideram que deve ser mantido separado?

Ao manter a população com sofrimento crônico ou agravo em Saúde Mental apartada das estratégias e ações desenvolvidas, a equipe da APS corrobora com seu negativismo social, ignorando o conjunto de suas necessidades e potencialidades. Assim, limitando-se a identificar apenas categorias atípicas ou desadequadas destas demandas, esta prática de assistência à Saúde reitera o estigma da loucura e a produção social da exclusão. Considerando que um aspecto fundamental da Reforma Psiquiátrica consiste na “desconstrução do dispositivo psiquiátrico de tutela, exclusão e periculosidade” (Amarante, 1995, p. 48), podemos reconhecer que ao afastar-se desta demanda, a UBS reproduz a lógica manicomial da institucionalização da loucura, pois relega a ela um lugar de diferença. Contudo, cabe levar em conta que a lógica adotada pela equipe é herança da abordagem de controle, exclusão, marginalização e encarceramento social sobre a loucura, que historicamente direciona corpos dissidentes a um espaço excluído e distante, e que, além disso, explica a formação deficitária e hierarquizada de conhecimentos sobre Saúde Mental.

Por seu turno, ao adotar o lugar de especialista, a Psicologia se apresenta enquanto disciplina-ação voltada para atender às demandas clínicas que são identificadas e endereçadas a ela como *relativas à Psicologia*, a partir de uma abordagem fragmentada, disciplinarizada e ordenada pelo saber-diretriz biomédico. A fim de que a Saúde Mental seja mantida como campo específico *do* Psicólogo – preservando este saber-poder –, é preciso que as ações em saúde permaneçam, necessariamente, fragmentadas e que o próprio usuário seja objetificado e reificado. Neste caso, ao buscarem alicerçar suas ações em moldes prescritos pelo especialismo, os psicólogos corroboram a objetificação dos usuários do SUS, que passam a ser compreendidos em categorias abstratas e subdivididas. Além do mais, com esta postura, tais psicólogos corroboram a própria objetificação, quando orientam suas práticas como um futuro-fatalidade, ou seja, um futuro cujas necessidades encontram seus meios e modos de satisfação predeterminados alheamente e alhures. Nesse sentido, caso seja indicada por tal futuro-fatalidade, a saída permanecerá sendo uma Psicologia de portas fechadas, sem aproximação efetiva com a comunidade e sem avanços efetivos, distanciando-se do exercício de uma práxis transformadora.

Neste contexto, o pertencimento e o reconhecimento do psicólogo não se dão apenas por meio da manutenção de uma história estacionada no passado. Embora requeiram enfrentamentos e atualizações de projetos, estes resultados também são viáveis mediante a



produção de outros modos de ser psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. É o que podemos constatar diante dos relatos dos psicólogos da UBS 2 e da UBS 4, que compartilharam vivências distintas sobre suas produções identitárias no campo da Atenção Primária.

Rememorando sua inserção na Atenção Primária, o psicólogo da UBS 2 relata a inauguração<sup>13</sup> desta política na prática, ressaltando que naquela ocasião histórica – com a recente implementação do PSF – sua função enquanto psicólogo estava em pleno processo de constituição, juntamente com a própria construção do SUS: para que ele encontrasse seu papel naquele momento, era preciso, antes disso, viabilizar a efetivação do SUS e da Atenção Primária e, mais do que isso, era ali, por meio desse “*fazer o SUS*”, que ele se reconhecia cumprindo sua finalidade. Por intermédio da percepção de que não havia modelos ou moldes para seguir, o psicólogo da UBS 2 considerava que seriam eles mesmos (os trabalhadores), os encarregados de definirem o que (e como) materializar. Embora o psicólogo reconhecesse na ausência de parâmetros práticos a possibilidade de exercer sua liberdade, cabe considerar que alguns direcionamentos teóricos e técnicos estavam disponíveis para aquela situação. Isto é, mesmo na produção de uma prática original, os conhecimentos e as experiências da própria Saúde Pública, das áreas da Saúde e da Psicologia exerciam influências sobre a produção de tal prática. Ainda assim, por intermédio da nadificação sobre a realidade inconclusa daquele contexto, os trabalhadores encararam o diálogo, a corresponsabilidade e a grupalidade como meios elementares para a construção de uma prática na APS, apreendendo o sentido coletivo de suas ações.

A consolidação do SUS ocorria, naquele momento, como um movimento precursor, mediante o engajamento de cada um daqueles trabalhadores no serviço. Para o psicólogo, sua atuação, na época, era inovadora, pois ia definindo seus próprios rumos, por meio da cogestão e da participação social, precedendo as delimitações das políticas formais – como o Grupo de Trabalho previsto pelo HumanizaSUS:

---

<sup>13</sup> O psicólogo da UBS 2 foi o trabalhador mais antigo, no serviço, a ser escutado por meio desta pesquisa. Sua inserção neste âmbito institucional e na unidade – onde até hoje atua – se deu no ano de 2001. Neste ano, o Programa Saúde da Família já estava estabelecido em nível nacional há alguns anos e estava vigente a Lei n. 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Embora a Atenção Primária já estivesse alicerçada em diretrizes básicas, foi apenas a partir de 2003 – como relata o entrevistado na próxima citação – que foi nacionalmente reforçada a ênfase na cogestão e na participação social, a partir do programa de Humanização do SUS.

*“Eu entrei com muita vontade e pensando na construção, quando ainda não havia as diretrizes, em 2001... as diretrizes já existiam, mas não havia ferramentas de direcionamento maior – elas vieram depois, depois de 2003 e 2006. Quando não tínhamos isso, nós já fazíamos muita coisa [...] tinha a questão de construir o SUS, pois sabíamos que não havia um modelo e isso estava muito claro para a gente. Precisávamos discutir os processos de trabalho para saber quais processos iríamos construir. Então, além de ser cogestor, tinha a discussão do processo de trabalho e essa troca, crescimento pessoal e crescimento no sentido do trabalho também, de descobrir esse processo, que gera muita angústia no trabalhador também. Essa troca de convivência é essencial e se tinha isso”. (Psicólogo da UBS 2).*

No caso do psicólogo da UBS 2, foi a partir da apreensão de um caráter ainda indefinido – não apenas deste *Ser psicólogo*, mas também do *Ser profissional da UBS* – que pareceu possível e necessário participar da produção deste serviço. Outro ponto a ser levado em conta nesta experiência é que a coesão grupal facilitou o envolvimento pessoal do psicólogo com esta política pública. Ao relatar sua entrada na UBS, o psicólogo da UBS 2 refere ter encontrado um ambiente propício para a produção coletiva de processos e estratégias de trabalho: os trabalhadores da saúde entendiam a necessidade das trocas grupais para a organização do trabalho, já que a política da Atenção Primária era incipiente e não havia suficientes definições práticas. Mediante a percepção desta necessidade comum, os trabalhadores se mobilizaram coletivamente a fim de construir o serviço, visto que não havia formatações que os fragmentassem. Pelo contrário, eles entendiam a importância de integrar as ações para definirem seus papéis.

O psicólogo desta unidade narra que se sentiu parte da história da UBS, como alguém que estava, ao lado dos demais trabalhadores, escrevendo as novas páginas da política do SUS. O seu engajamento se deu justamente quando compreendeu que esta história, desprovida de autores e de prescrições, estava apenas começando e que, ao escrevê-la, ele estaria também consolidando a sua própria narrativa:

*“Eu costumava falar para o pessoal...as pessoas não têm noção da importância nossa, enquanto trabalhadores, na construção do SUS (o trabalhador em geral não tem isso). Eu falava que a nossa história estava ligada ao SUS, se a gente fosse ter uma história, estava ligada a isso – nós não tínhamos outra história, nós não somos professores, pesquisadores. A história de cada um daqui está ligada ao trabalho, essa é nossa única história: todos nós temos nossa história familiar e a história do trabalho. Então, se nós fôssemos deixar histórias, fazer alguma coisa, seria aqui. Eu costumava falar isso para as pessoas, tentando estimular eles falando: ‘a história, nós vamos fazer aqui, deixar bem feito ou não, fazer ou não’. Eu pensava muito nisso”. (Psicólogo da UBS 2).*

Ainda que a indeterminação do campo prático tenha sido propícia para este psicólogo, funcionando de certo modo como um ensejo para sua autonomia e seu engajamento, as práticas cristalizadas também puderam ser encaradas, por outros, como impeditivos que demandaram uma superação. É o que o Psicólogo da UBS 4 esclareceu, ao abordar as dificuldades práticas percebidas e como buscou resolvê-las. Para este psicólogo, a existência de um funcionamento preexistente e consolidado, tanto do serviço da UBS, quanto da própria Psicologia, não o impediu de inaugurar um novo papel e novas formas de exercê-lo; pelo contrário, foi algo que justificou a necessidade desta mudança.

O psicólogo, malgrado se esforçasse para atender à maior parte da demanda da qual era encarregado, deparava-se com um aumento exponencial de sua fila de espera. Assim sendo, ao perceber a insuficiência desta Psicologia assistencialista na UBS, identificou a necessidade de inaugurar uma nova disposição deste serviço. Deste momento em diante, ele começou a procurar alternativas para tornar as ações desta disciplina mais estratégicas e abrangentes, vislumbrando a possibilidade de organizar as demandas pelo critério de equidade, conforme as avaliações dos riscos e das necessidades de saúde feitas por meio do diálogo com as Agentes Comunitárias de Saúde.

*“Assim, nós começamos a tentar qualificar a fila junto com os ACSs e isso foi uma ajuda muito grande, porque daí eu conseguia atender quem estava com uma demanda mais urgente, digamos assim, – já que eu era o único psicólogo do Município – não seguindo a fila, mas seguindo o critério de equidade e quem estabelecia isso era a ACS [...] Então, para conseguir organizar essas possibilidades era muita conversa com a ACS, muita conversa informal, de corredor, para tentar qualificar essa fila. Embora muito incipiente, com muita dificuldade, eu percebi que esse é um caminho interessante. E aí, lá na outra cidade, com 3 mil habitantes – que tinha muito pouco recurso no território –, a gente tentava se virar da forma que era possível. Era bem interessante”. (Psicólogo da UBS 4).*

Por não encarar esta fila de espera como um problema exclusivo da Psicologia, o psicólogo pode perceber que, a fim de ampliar o cuidado em saúde mental, não caberia apenas a ele a empreitada de suprimir estas demandas. A resolução deste problema não dependia apenas de suas produções técnicas e produtividade, tendo em vista que o cuidado em saúde mental é amplo e composto de muitas variáveis – não se restringindo apenas ao domínio do psicólogo e do psiquiatra. À medida que considerou imprescindível a corresponsabilização dos trabalhadores da unidade para dar conta deste fenômeno, o psicólogo deixou de se sentir impotente frente a estas demandas em Saúde Mental e passou

a ampliar seus recursos de trabalho por meio da capacitação e matriciamento com as ACSs e a equipe de ESF.

Apesar de apresentarem percepções e posturas distintas, podemos considerar que todos os psicólogos escutados no decorrer desta pesquisa definiram a atuação da Psicologia na APS como um *exercício ainda em processo de produção e delimitação, que se encontra desprovido de direcionamentos e estruturas práticas específicas* – mesmo que as políticas da Atenção Primária sejam consideradas, por alguns, fundamentos para estas ações. Além disso, não obstante descrevam este trabalho como um campo em aberto, reconhecem na prática psicológica a presença de recursos especiais, tais como o *olhar compreensivo*, a *escuta qualificada* e o *diálogo* – capazes de facilitar e fortalecer mudanças na produção de saúde e nas relações de trabalho, sendo elementares para a consolidação cotidiana do SUS. Nesse sentido, a Psicologia é tanto encarada pelos psicólogos como importante *integrante* disciplinar da APS, quanto idealizada como mediadora interpessoal e intersubjetiva, por meio de seu papel enquanto *integradora* dos trabalhadores entre si:

*“Nós... muitas vezes e por muito tempo, eu me senti, enquanto [representante da] Psicologia, a pessoa de maior recurso para lidar com situações, porque quando pensamos em Unidade Básica de Saúde, a grande questão é a relação, o diálogo, a conversa, a possibilidade e a troca... quando o medicamento não resolve [...] nós somos a pessoa-chave, a Psicologia é a pessoa-chave, que tem os recursos do diálogo e da escuta, principalmente”*. (Psicólogo da UBS 2).

Apresentando a relação, o diálogo e a troca como elementos interpessoais relevantes para a Atenção Primária, os psicólogos apontam para o caráter da ausência e da escassez – pela insuficiência de respostas definitivas para os problemas deste campo – como algo inerente ao cotidiano do trabalho na área da Saúde. Destarte, é entendendo esta condição que conseguem reconhecer a relevância e o papel da Psicologia neste contexto. Ao passo que os psicólogos consideram o diálogo e a escuta como recursos *exclusivos* da Psicologia, contudo, acabam afirmando, dialeticamente, que os demais profissionais carecem destes recursos.

Ao assumir seu papel enquanto *pessoa-chave* do processo de produção de novas práticas de saúde, o psicólogo estará se cristalizando em um lugar de hierarquia em relação às demais áreas, podendo, de tal maneira, corroborar a perpetuação da ausência destes recursos nos demais integrantes do grupo, à medida que tenta suprir esta falta sozinho. Desse modo, mesmo considerando que estes elementos dialógicos tenham uma função fundamental

para a efetivação da Atenção Primária – em sua finalidade de alcançar a integralidade das ações em saúde –, é apenas não se cristalizando neste lugar de “potência” que o psicólogo poderá cumprir sua função. Para tanto, deverá ser um facilitador, um mediador, mas não único ou onipotente em sua solitude, uma vez que também carece de escuta, diálogo e troca e que precisa se incluir em uma equipe envolvida com estes mesmos propósitos para conseguir alguma consonância com os demais.

## **5      RELAÇÕES DO TRABALHADOR COM A MATERIALIDADE: O LADO TÉCNICO-OPERACIONAL DO TRABALHO**

Ao se inserir no campo prático da Unidade Básica de Saúde, o psicólogo apreende uma realidade material ampla, complexa e inexorável, com a qual precisa lidar para colocar em prática seus projetos, que estão impreterivelmente implicados com o contexto sociomaterial. Como vimos, por meio da sociomaterialidade do trabalho, o psicólogo pode compreender o que foi operacionalizado na história do serviço tanto como uma identidade-orientação, que lhe assegura um lugar de pertencimento no campo social do trabalho, quanto como identidade-restrição, que cerceia sua singularidade e sua autonomia. Isto é, diante do contexto de trabalho em que se insere, o psicólogo apreende um futuro aberto à possibilidade de imprimir sua identidade profissional. Por isso, poderá encarar este campo não só como um lugar de (possível) pertencimento, mas também como um contexto que predetermina o seu futuro, indicando-lhe o modo como deve agir.

A materialidade pode ser caracterizada como um conjunto de objetos, técnicas, conhecimentos, normas e processos burocráticos que foram concretizados ao longo do tempo em determinados espaços e que podem servir como ordenadores para as práticas atuais dos sujeitos. Embora essa materialidade possa ser apreendida como algo dado e acabado – que direciona e limita as práticas autônomas –, na realidade, ela está sendo constantemente produzida por aqueles que a manejam e que, para dar conta das demandas cotidianas, fazem ajustes e atualizações nela.

## 5.1 A MATERIALIDADE DO SER PSICÓLOGO PELO PONTO DE VISTA DA FORMAÇÃO EM PSICOLOGIA

Os primeiros contatos com a UBS revelaram aos psicólogos as precárias condições a que estavam previamente submetidos, ou seja, o despreparo técnico para atuar na Saúde Pública. Esta condição, também interpretada por eles como uma lacuna pessoal, se explica pela exiguidade de discussões, sobre a atuação nesta área, nos cursos de Psicologia – que ainda hoje parecem carecer de aparatos técnicos e teóricos que sejam suficientes para preparar o profissional para atuar nas políticas públicas.

No tocante a este contexto de formação cabe considerar o seguinte: três dos quatro entrevistados se formaram em universidades públicas e, todos eles se graduaram em Psicologia no Estado do Paraná, entre os anos de 1990 e 2009 – período em que já estava vigente a consolidação de algumas políticas importantes para a APS como o PSF e o Humaniza SUS.

Retomando como foi sua formação acadêmica, no final dos anos 1990, o psicólogo da UBS 2 considera que seu contato com a política do SUS se deu superficialmente e transversalmente, por intermédio de discussões gerais sobre Psicologia Social e políticas públicas, não sistematizadas nas disciplinas de Saúde:

*“Na graduação havia apenas uma pessoa que falava sobre saúde pública, que era uma professora que havia sido supervisora do meu estágio em Educação e ela falava de SUS – era a única professora que falava de SUS. Até hoje, há uns... hoje eu não sei, mas há 10 anos atrás tive umas conversas na universidade e vi que a maioria das professoras não tem noção de saúde pública... a maioria.”. (Psicólogo da UBS 2).*

A respeito de sua formação em Psicologia, o psicólogo da UBS 4 considera que, embora já fossem realizadas discussões sobre o SUS e a Reforma Psiquiátrica durante o curso, a abordagem teórica e histórica que era realizada sobre a temática não era suficiente para conferir reflexões críticas sobre a atual conjuntura das políticas públicas. Destacando a falta de historicidade e atualidade das discussões, este psicólogo ainda aponta que, mesmo com a presença destes conteúdos nas grades curriculares, perdurava uma lacuna técnica e empírica quanto às práticas no contexto do SUS:

*“[...] o que eu tive disso foi muito pontualmente. Em algum momento ouvi alguém falar que tinha CAPS, em algum momento nós falamos um pouco em Reforma Psiquiátrica, mas como algo dado, que o Basaglia havia resolvido tudo, que tinha CAPS e estava tudo certo”. (Psicólogo da UBS 4).*

É pertinente considerar que a abordagem em Saúde Pública dentro da formação em Psicologia foi avançando ao longo dos anos, à medida que as políticas públicas se consolidavam e novas experiências e pesquisas surgiam – em concomitância com as mudanças práticas viabilizadas por intermédio destas Políticas. Embora as instituições formadoras tenham, impreterivelmente, o papel de aproximar os futuros profissionais da realidade concreta sobre a qual eles terão que atuar, o cumprimento de tal papel é um desafio, pois é apenas mediante o contato com esta concretude que os formadores conseguem apreendê-la.

Conforme enfatizam Martins e Júnior (2001) a formação em Psicologia na área da Saúde – a fim de romper com o paradigma clínico tradicional – deve, fundamentalmente, habilitar o profissional a “[...] realizar uma análise crítica da realidade brasileira, que o capacite a detectar alternativas de intervenção, ser capaz de acompanhar e responder às demandas sociais e políticas para melhoria da qualidade de vida” (p. 40). Considerando esta perspectiva, mesmo que cumpra com seu papel, a graduação propiciará o desenvolvimento de uma visão generalista sobre a área, mas não conseguirá suprir suficientemente as demandas por conhecimento e recursos técnico-instrumentais, sendo necessário um processo de formação continuada e permanente para tal aprofundamento.

Diante da permanente distância entre a formação em Psicologia e a realidade da saúde pública, alguns psicólogos buscam suprir as ausências de orientações práticas por meio de indicações contidas no campo sociotécnico das políticas públicas, enquanto outros reconhecem, nesta esfera regulatória, limitações às suas próprias práticas.

## **5.2 O CAMPO SOCIOTÉCNICO APRESENTADO PELAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

As políticas públicas dispõem de preconizações, diretrizes e orientações específicas que organizam as ações nos serviços e que visam garantir organização, unificação e continuidade das práticas dos diversos trabalhadores nas diferentes redes que compõem o SUS. Entretanto, sua existência não é o bastante para assegurar que seus preceitos sejam

cumpridos. Apesar de as políticas apregoadas interferirem na sociomaterialidade do cotidiano do trabalho a partir de mudanças concretas que são aplicadas pelas gestões de saúde, alguns objetivos mais amplos e complexos, como os princípios norteadores do SUS, permanecem sendo ideais longínquos a serem perseguidos.

A respeito dos princípios norteadores da APS, os psicólogos entrevistados denotam um sentido de irrealidade no modo como apreendem o campo sociotécnico: este campo, não obstante carregue uma previsão desejada sobre a realidade, se apresenta distante da materialidade concreta das ações, ou seja, parece possível apenas como um ideal a ser perseguido. Ainda assim, nos parece que, enquanto alguns encontram, nestes princípios, justificativas e inspirações para aproximar a realidade concreta do que está previsto nas políticas, normas e leis reguladoras, outros apreendem uma distância radical, como se a política e o cotidiano estivessem em esferas totalmente distintas. Por conta deste distanciamento, a psicóloga da UBS 3 demonstrou dificuldade em refletir sobre quais princípios embasavam sua prática, evidenciando desconhecer as políticas:

*“Os princípios? Assim, tem a lei que tem os princípios lá do... aqueles princípios que eu nem sei. Eu não sou muito de estar lendo essas leis e acompanhando. Então, vou falar da minha vivência. Mas o que eu posso falar de princípios? Pensando aqui meus princípios: atender às pessoas da melhor forma possível – sempre procuro fazer o melhor; aqui a gente atende qualquer tipo de pessoa, não faz distinção de nada; procurar dar um bom atendimento; ser resolutiva naquilo que as pessoas trazem, sabendo que tem outros espaços [com] que a gente tem que contar às vezes, que tem o contato com o CRAS, com a escola, até mesmo dentro da equipe – algo de compartilhar a dificuldade que temos com cada paciente. Acho que os princípios são esses”. (Psicóloga da UBS 3).*

Embora outros entrevistados tenham se referido aos princípios destas políticas como objetivos fundamentais de suas ações, os mesmos revelaram que é preciso ir além do que está previsto nos documentos oficiais para que se possa lidar com os desafios práticos. A política instituída pelas normas não é capaz de antecipar os imprevistos próprios do cotidiano de trabalho. Além disso, ainda que tais políticas deem algumas orientações por meio da sugestão de instrumentos – tais como o trabalho interdisciplinar, a clínica ampliada, o cuidado em território e o apoio matricial –, sua validade apenas será corroborada pelas necessidades concretas apreendidas nas circunstâncias do trabalho.

Ao passo que foi se deparando com as dificuldades do dia a dia, o psicólogo da UBS 2 notou que era necessário realizar o *mapeamento dos transtornos mentais graves do seu*



*território*, a fim de que pudesse identificar demandas e riscos, bem como sistematizar e planejar suas ações a longo prazo, tornando-as mais efetivas. Conforme explica o trabalhador, esta estratégia foi consolidada intuitivamente, mesmo sem ter sido previamente indicada pelas políticas da APS vigentes até aquele momento:

*“Na época, eu fiz um levantamento de praticamente todos os transtornos mentais graves aqui da região. Então, eu fiz um trabalho que... antes de existir uma direção, eu fui meio que fazendo isso”. (Psicólogo da UBS 2).*

A concretização das políticas públicas no cotidiano dos serviços é uma *totalização-em-curso* repleta de obstáculos: se, por um lado, estas políticas são insuficientes para antecipar as vicissitudes do cotidiano, sendo inviável sua plena materialização, por outro lado, no âmbito da intersubjetividade, suas diretrizes estão ainda mais distanciadas do campo prático, ante gestões racionalizadoras em saúde. Tal distanciamento se dá em consequência de gestões que subvertem as políticas que deveriam respaldá-las, ao priorizarem ações com impacto de curto prazo, em detrimento do cuidado integral e da promoção em saúde. Neste contexto, o campo sociotécnico do fazer do psicólogo se encontra amparado pela previsão política de ações longitudinais e, simultaneamente, limitado por quantificações, metas e cobranças que determinam suas ações.

Ainda que lidem com tais pressões de diferentes formas, todos os psicólogos escutados nesta pesquisa identificaram, no modelo de gestão gerencialista e racionalizador, limitações para a consolidação dos compromissos da APS. Mediante a quantificação das ações assistenciais da Psicologia e a pressão pela extinção das filas de espera, o psicólogo se depara com uma gestão que avalia sua produtividade com base na quantidade de atendimentos realizados. Em face deste controle, suas produções são prejudicadas pelas determinações da sociomaterialidade, pois, ainda que considerem relevantes outros critérios, os trabalhadores precisam responder a estas exigências. Portanto, com a finalidade de extinguir estas filas de espera e de (supostamente) suprimir a demanda em saúde mental na UBS, alguns psicólogos acabam preterindo as ações de prevenção e promoção em saúde em favor do assistencialismo, ou seja, se distanciam do próprio compromisso da APS para cumprir com as exigências impostas:

*“Parece que é muito número. Não tem uma qualidade do atendimento, é muito uma linha de produção. Você precisa atender tanto, em tanto tempo, então eu acho que isso prejudica muito o atendimento, essa pressão por atendimento, do tanto que você tem que produzir. Você tem que estar o tempo todo atendendo, sabe?! Principalmente nos grupos, você não tem tanto tempo para pensar sobre os grupos, para elaborar alguma atividade diferente. Parece que você vai tocando...vai tocando os grupos, mas não sei se tem muito claro onde se quer chegar, o que se quer fazer exatamente.”* (Psicóloga da UBS 1).

Submetidos a este dever-fazer, alguns psicólogos lançam mão de estratégias de racionalização do tempo e do espaço, por intermédio de técnicas e instrumentos que possam ampliar o número de atendimentos – como a psicoterapia grupal ou os grupos de acolhimento. Não obstante a intervenção grupal possua efetividade, podendo ser ideal para promover o fortalecimento de vínculos sociais, o desenvolvimento interpessoal e a autonomia de pessoas em grupos específicos, vê-se que seu uso tem sido descontextualizado e irrefletido, a fim de que sejam alcançados estes resultados “produtivos”.

Conforme é possível observar no excerto supratranscrito, estando imersa nesta “linha de produção”, a psicóloga parece perder de vista seu movimento reflexivo acerca do sentido: de suas próprias ações, de suas técnicas e de seus instrumentos de trabalho, incorrendo em uma posição alienada. Sob outro prisma, considerando que a ação do psicólogo neste contexto determina o ajuntamento de pessoas, podemos afirmar que os próprios usuários que irão compor estes grupos já são, de antemão, submetidos a uma dinâmica sobre a qual não têm qualquer poder de decisão, tendo em vista que estas formações grupais são previamente forjadas por algum terceiro excluído que, visando uma finalidade própria – ou seja, o aumento da produtividade do serviço da Psicologia –, impõe a outros sujeitos que se reúnam em razão de fins alheios.

Ao reconhecer restrições da Psicologia no âmbito da assistência, a psicóloga da UBS 1 aponta para a ineficiência deste foco e afirma que alguns critérios de avaliação do trabalho do psicólogo são imprecisos, tendo em vista que o cuidado não pode ser quantificado e que as ações em APS precisam ser longitudinais e transversais para que sejam efetivas. No que concerne à fila de espera, a trabalhadora percebe uma deturpação, pois entende que as demandas que cabem à Psicologia não se restringem apenas aos encaminhamentos ou às buscas pelo serviço, pois, para muito além disso, tais demandas (e pessoas em sofrimento) estão espalhadas por todo o território.

Apesar de nos referirmos a um contexto de complexificação das demandas e de acúmulo dos encaminhamentos para a Psicologia, os serviços carecem de mão-de-obra qualificada para produzir as respostas assistenciais cobradas. Assim, paradoxalmente, as gestões racionalizadoras exigem dos trabalhadores que eles efetivem uma produção irrealizável, diante das condições materiais que lhes são proporcionadas. E embora haja certa deturpação nesta lógica que cobra, mas não dá condições para que tais respostas se materializem, alguns psicólogos assumem este problema como se sua solução coubesse à Psicologia, buscando, destarte, saídas individualizadas.

### **5.3 O OLHAR SOBRE A ESCASSEZ: VISLUMBRANDO MUDANÇAS NA SOCIOMATERIALIDADE**

Conforme os psicólogos iam entrando em contato com o campo sociomaterial do trabalho, surgiam novas necessidades, as quais demandaram uma atualização de seus projetos originais. Isto é, foi apenas em face da não-realização de suas ideias prévias, que os psicólogos tiveram que adequar as próprias expectativas, de modo a visualizar novas saídas a partir do que já dispunham de conhecimentos, recursos e projetos. Sendo assim, deparando-se com os desafios do campo da Saúde e da Política Pública, alguns psicólogos foram capazes de perceber no caráter dialógico da Psicologia uma possibilidade de responder às dificuldades e limitações proeminentes. Na dialética do saber-fazer tem-se que, se, em um primeiro momento, os psicólogos visavam assumir, por meio do papel assistencialista, um saber-poder que lhes assegurasse uma definição, em um segundo momento, apreenderam na escassez de sistematizações um *fator potente* ao exercício da Psicologia.

Para o psicólogo da UBS 4 foi a partir de sua tentativa de suprimir tais demandas que ele pôde notar que o seu empenho produtivista era vão, pois, malgrado este profissional se esforçasse para dar cabo da fila de espera, a mesma continuava crescendo – sem que, em algum momento, a promoção e a prevenção em saúde se tornassem possíveis. Diante da ineficácia desta estratégia, tal psicólogo começou a questionar o *modus operandi* do serviço e a encarar o aumento da fila como um fenômeno complexo e multideterminado. Por conseguinte, passou a incitar a equipe a pensar em soluções para este problema:

*“Esse inchaço aqui e essa fila da Psicologia sempre preocupou a equipe. Ter essas pessoas aguardando sem serem vistas... então percebia que a equipe se incomodava com isso e me demandava: “olha, tem uma fila aqui, as pessoas estão reclamando da fila e ninguém está vendo essas pessoas. Como é que faz?” (Psicóloga da UBS I).*

Considerando-se a sujeição da prática à materialidade, vemos que é apenas na lida com a concretude, que o trabalhador pode encontrar meios para efetivar os ideais que norteiam a Atenção Primária à Saúde. Por isso, as normativas contidas nas políticas públicas não bastam por si sós. Em suma, a prática do psicólogo está determinada por finalidades externas e pelo comprometimento da prática com a realidade, ou seja, tanto pelas direções preconizadas pelas políticas públicas, quanto pelas condições concretas.

## **6 O COMPROMETIMENTO ÉTICO-POLÍTICO DO PSICÓLOGO COM A SAÚDE PÚBLICA**

Toda ação implica em uma escolha e, portanto, em um engajamento sobre o campo factual. Ademais, cada escolha assumida pelo psicólogo em seu trabalho elege uma finalidade que está disponível na sociomaterialidade, bem como, concomitantemente, reafirma ou produz alguma materialidade que modifica sua própria realidade e que impacta o campo de ação de outros sujeitos. Diante disso, nossas ações – que se resolvem no plano factual e inauguram uma dimensão material – implicam na consolidação de deliberações, prescrições, normas e deveres, elaborando uma dimensão moral.

Segundo a perspectiva ontológica de Sartre (2015/1943), a existência humana se dá em ato, tendo como pressuposto a indefinição e a indeterminação de ser, isto é, não há essência ou substância absoluta que preceda a existência. Considerando a fenomenologia, Sartre (1945) assume que a consciência é sempre posicional, não possuindo conteúdo fora do mundo. Devido ao aspecto translucido da consciência, que é somente consciência *de algo*, o sujeito se move em direção à falta de fundamento e implementa um valor por meio de sua práxis. Assim, originalmente, a existência se dá na contemporaneidade, não havendo uma determinação ontológica que oriente a história do sujeito e da humanidade. Consolidamos nossos próprios fundamentos por meio de um movimento de totalização sempre em curso, mas não o fazemos sozinhos: inseridos no enredo social, cultural e econômico de nosso tempo

histórico, fundamentamos a nós mesmos a partir do olhar e das produções feitas pelo Outro e realizamos escolhas que, inseridas no mundo, trazem alguma implicação para a alteridade. Por considerar que a ética depende da livre práxis, Silva (2010) afirma que o único ponto de partida para a reflexão ética é a descrição ontológica. Embora a existência não se restrinja à dimensão da moralidade, a fim de orientar nossas ações, consolidamos *morais regulatórias* que, positivadas na esfera social, ganham certo caráter de inércia, podendo, inclusive, ser encaradas por outros sujeitos como um fundamento primordial e precedente às ações.

## 6.1 ENGAJAMENTO DO PSICÓLOGO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS

As políticas públicas, componentes importantes da Saúde Pública, buscam orientar as ações dos diferentes trabalhadores na concretização dos preceitos por elas previstos, enredando, portanto, as situações ético-políticas destes atores. Quando o psicólogo se insere em uma política pública, que delimita valores e finalidades para o seu trabalho, ele está mediado por isto e, portanto, dará alguma resposta prática em relação a ela, seja a corroborando, a ignorando, a anulando ou a ela se opondo.

Por sua vez, o psicólogo da *UBS 2* considera sua prática um *exercício político*, partindo do entendimento de que sua atuação está necessariamente inserida e comprometida eticamente com as políticas públicas. Além disso, este trabalhador corrobora o seu engajamento ao escolher apoiar os princípios da APS e ao assumir seu *lado sociopolítico*, considerando a atualidade dos tensionamentos e lutas em torno do SUS:

*“É bem interessante e complicado isso, porque quando eu entrei, eu tinha toda a... e agora, você falando e eu pensando também, porque eu também tinha envolvimento... como tinha essa questão política, quando eu entrei eu já tinha algumas coisas muito claras, em nível de Saúde Pública. A visão do SUS eu já tinha, pois é uma visão política, certo?!”* (Psicólogo da UBS 2).

Tal psicólogo reconhece a dimensão política de sua atuação e age em consonância com esta consciência crítica. Além disso, considera que teve seu envolvimento com a APS facilitado, devido à sua predisposição para refletir sobre a realidade política e social do Brasil, pois, antes mesmo de trabalhar neste contexto já se posicionava em defesa de direitos sociais e fundamentais. A partir desta consideração, é possível ratificarmos a tese anterior de

que, tanto no nível ético, quanto no nível social, a atuação do psicólogo na APS implica em alguma posição política, ainda que o engajamento reflexivo e sua motivação dependam de sentidos atribuídos por cada sujeito.

O ato de se engajar no campo da saúde pública também é justificado pelo caráter inconcluso de seu âmbito prático, que requer contínua participação e envolvimento para sua consolidação. Tendo consciência de que está inserido em um contexto sociopolítico inacabado, o psicólogo da UBS 4 apreende sua responsabilidade e relevância histórica, sentindo-se desafiado a consolidar o SUS e a garantir a sobrevivência e o avanço desta política:

*“Eu fui ficando encantado e algo que me encantou foi ver que esse campo está aberto, que é um campo em disputa, que tem que se posicionar e tem que conseguir lutar. Foi uma descoberta, realmente... passo a passo”.* (Psicólogo da UBS 4).

O agir comprometido do psicólogo passa pela via da *esfera afetiva*. Ao ficar “encantado”, o psicólogo da UBS 4 percebeu esta realidade por meio de uma consciência emotiva, imersa no objeto da emoção, sem que houvesse um distanciamento em relação ao eu. Tomado pelo deslumbramento, ele distorceu sua percepção sobre a realidade, apreendendo apenas as possibilidades emancipatórias disponíveis. Neste caso, mesmo com todas as dificuldades que enfrentava, o trabalhador percebia apenas a chance de se realizar. Portanto, foi por se reconhecer no produto do seu trabalho, que o trabalhador buscou se engajar nesta realidade.

Sob a ótica ontológica de Sartre (2015), o engajamento, enquanto uma livre escolha do sujeito em se comprometer com uma determinada situação concreta, não se dissocia da experiência afetiva. A escolha de compromissos com a realidade advém, em um primeiro momento, de uma consciência que intenciona finalidades de modo irreflexivo e que, somente em segundo momento, pode posicionar-se de modo reflexivo, considerando a responsabilidade que tem ao assumir esta postura, bem como o valor e a consequência que implementa ao Outro. Portanto, toda escolha que acontece na realidade sociomaterial tem seu fundamento em uma consciência perceptiva da concretude que é também emocionada. Assim sendo, o afeto é um aspecto indispensável à assumpção de responsabilidades e ao compromisso ético-prático.

No viés normativo, embora seja aberto e inconcluso, vê-se que o campo prático da APS é perpassado por normas abstratas e previamente consolidadas, que buscam determinar o modo de agir dos trabalhadores, dando direções a suas tomadas de decisões. No tocante aos princípios que norteiam suas práticas, os entrevistados destacam a importância de algumas diretrizes decretadas pela política, entre elas: *a prevenção e a promoção, a integralidade, a corresponsabilidade e o cuidado em saúde mental*. Cabe pontuar, entretanto, que, ainda que enunciem a importância destes norteadores, os trabalhadores, de antemão, destacam os desafios enfrentados no cumprimento do exercício, segundo estas diretrizes.

Em consonância com a *promoção e prevenção em saúde*, os psicólogos entrevistados, unanimemente, consideram que a UBS deve ter foco nos fenômenos de saúde da comunidade, não se restringindo apenas ao exercício da assistência individual e focada na doença. Como afirma a psicóloga da UBS 1,

*“[...] a Atenção Primária deveria ser mais de prevenção também, e não só de tratar, de quando a coisa já estourou. Acho que tem que ter grupos de convivência, tem que estimular a saúde na Unidade Básica e eu não vejo isso muito. Eu vejo mais quando está com a doença e ‘vamos tratar a doença’, mas isso de prevenir, é difícil”*. (Psicóloga da UBS 1).

Sob o ponto de vista da lógica não-manicomial, o cuidado em Saúde Mental consiste em um fenômeno amplo que requer a produção de condições de vida dignas e a ampliação de autonomia, trocas e pactuações. Portanto, tal cuidado somente pode ocorrer onde as vidas acontecem, a partir do cotidiano e da interrelação entre os sujeitos que ocupam os territórios. Quando a Psicologia se restringe a uma assistência previamente delimitada, endereçada e encaminhada, que ocorre a “portas fechadas”, ela não está se aproximando da Saúde enquanto produção coletiva, mas apenas da doença ou daquilo que é identificado enquanto objeto de domínio de determinado especialista. Diante da não realização de busca-ativa em Saúde Mental, a maioria dos psicólogos da APS permanece realizando um cuidado restrito e inacessível àqueles que não chegam até o serviço mediante os endereçamentos prévios. Neste modelo de abordagem, a Psicologia não transita suficientemente entre os espaços, sendo, portanto, incapaz de reconhecer as reais necessidades e potencialidades disponíveis no território.

Não obstante corroborem, em suas falas, com as diretrizes que preconizam a prevenção e a promoção em saúde, de modo geral, os psicólogos entrevistados agem em

desconformidade com a política da APS, pois permanecem centrados na demanda assistencial dirigida à Psicologia. Cabe considerar, entretanto, que esta desconformidade não é mera escolha individual, tendo em vista ser parte integrante de um processo coletivo de trabalho. Em meio à carência de estratégias coordenadas e longitudinais, muitos profissionais da APS sucumbem às demandas proeminentes. Em frente a normatização da prática assistencialista, os trabalhadores da APS vão sustentando – no cotidiano e entre eles – uma determinação social que legitima este modelo. Portanto, por meio desta determinação, são implementados moldes que aderem passivamente as ações dos trabalhadores dentro do funcionamento preestabelecido.

Uma vez que esse processo advém, em parte, da dinâmica de trabalho assumida pelos profissionais da UBS, vemos que, enquanto alguns psicólogos possuem uma postura passiva de incorporação, outros assumem posturas combativas, se contrapondo à lógica vigente. Neste segundo caso, quando priorizado o compromisso com a prevenção e a promoção, consolida-se uma concepção de *integralidade* da atenção e da assistência em saúde que traz impactos positivos na qualidade dos serviços ofertados. Pela integralidade, o cuidado passa a ser visto como um processo transversal, longitudinal e coordenado interdisciplinarmente, que não se encerra em práticas isoladas e que não intenciona alcançar um resultado meramente curativo.

Entendendo a UBS – e como parte dela, a Psicologia – sob este enfoque integral, podemos conceber, portanto, que sua atenção e assistência devem se estender em práticas externas aos consultórios, isto é, nos diálogos, nas intervenções e nas pactuações realizadas entre os profissionais de saúde, transcorrendo em diferentes espaços e momentos da vida dos usuários. Se este modo de cuidado, por um lado, implica na corresponsabilidade dos trabalhadores e na complexificação de suas abordagens em saúde – pelo alargamento da esfera das ações interdisciplinares –, por outro lado, possibilita o aumento da resolutividade e do alcance das ações de cada profissional, podendo resultar em respostas mais eficazes às demandas.

Além de a integralidade poder transpor os especialismos e as fragmentações entre os focos assistenciais, viabilizando um olhar mais complexo sobre os processos de saúde-doença, esta abordagem ampliada também consegue facilitar a *corresponsabilização* entre os profissionais da UBS acerca do cuidado, como percebeu o psicólogo da UBS 4:



*“Eu acho que, pensando nisso, eu tentei aplicar a corresponsabilização do cuidado, essa ampliação, e... que não é uma demanda a mais em saúde, mas uma demanda de cuidado integral. Assim, porque eu ouvia isso: ‘Por que além de cuidar de idoso, de cuidar de criança, agora eu tenho que cuidar de saúde mental?’ A conversa era essa: ‘Veja bem: quantas pessoas a mais você acha que devem morar no território por conta da saúde mental? Nenhuma pessoa a mais. Seria olhar para a saúde mental do idoso que você atende, da saúde mental da criança que você atende’. Então, não é trabalho a mais, mas sim uma outra lógica, de um trabalho mais potente, que é olhar a integralidade”.* (Psicóloga da UBS 4).

Apesar de otimizarem os conhecimentos e os recursos técnico-operacionais, a abordagem integral e a corresponsabilização do cuidado requerem o contínuo engajamento dos trabalhadores para suas manutenções, não sendo construções coletivas simples e espontâneas. Concebendo a importância desta (inter)relação, o psicólogo da UBS 4, por seu turno, se posiciona tenazmente como coprodutor deste modo de trabalho e como responsável pela transformação das operacionalizações feitas na UBS, promovendo reuniões, discussões dialógicas de casos, matriciamento e capacitação das equipes para o cuidado em Saúde Mental:

*“É um espaço difícil. É um espaço de construção. Eu entendo que... assim, o que é importante é seguir os princípios da Atenção Básica, potencializar e corresponsabilizar o olhar da equipe. Então, acho que um papel importante meu, junto com a equipe, é ampliar o cuidado em Saúde Mental do território e isso não é feito apenas a partir da minha escuta, mas também a partir da minha postura e é aí que isso vai se disseminando com os demais [...] Maringá tem uma grande potência que é ter o psicólogo na UBS e esse nosso papel é de ser referência em Saúde Mental para ampliar a saúde mental, não ser o centro – não tudo indo para o psicólogo. Se o caso for muito difícil... uma coisa que tem me ajudado muito a trabalhar com a equipe é que em Saúde Mental não precisa ter resposta, não tem que ter resposta pra tudo. Podemos não ter resposta”.* (Psicólogo da UBS 4)

Ao considerar possível a ampliação do seu papel de especialista, por meio de sua relação com os demais profissionais, o psicólogo não somente percebe uma chance de melhorar o alcance de suas ações, como também ressignifica a própria concepção de cuidado. Concebendo a Saúde Mental como um trabalho em construção coletiva, o psicólogo encontra na contracorrente do especialismo uma alternativa para se emancipar do lugar hierárquico “daquele que tem as respostas”.

Ancorando-se no conceito de *trabalho imaterial*, a pesquisadora Mansano (2014) entende que o trabalho em saúde não produz um bem palpável e que exige do profissional uma oferta de habilidades e conhecimentos que ultrapassam o âmbito do fazer técnico, ao

passo que o convocam a atender, de modo sensível e atento, às intensidades afetivas de cada caso. Considerando que a esfera afetiva do trabalhador é inalienável do modo de produzir saúde, a autora ainda considera que as habilidades de construir um vínculo de confiança e se comunicar com o usuário, por exemplo, não podem ser meramente treinadas e prescritas, pois surgem *na e pela* relação interpessoal, estando em constante experimentação (por parte do profissional e do usuário). Tendo em vista a implicação subjetiva do trabalhador, que percebe, concebe e age em relação às necessidades de saúde manifestas, o exercício profissional na saúde não depende apenas de práticas de qualificação voltadas ao serviço.

Refletindo sobre a implicação subjetiva deste tipo de trabalho, Mansano (2014) esclarece que o exercício do psicólogo é atravessado por uma complexificação implementada pelo sistema capitalista. Se, outrora, na produção do capitalismo industrial, a materialidade correspondia ao produto final do trabalho, hoje, sob a lógica vigente do capitalismo financeiro – que atravessa também o campo da Saúde –, o trabalho vivido (aspirações, afetos e criações) passa a ser matéria-prima necessária: “[...] é apenas no contexto da produção imaterial que os afetos começam a ser incluídos nos cálculos do poder, sendo considerados fonte de produção, de riqueza e valor” (p. 89). Como esclarece a autora, nesta configuração de trabalho, há tanto um aspecto de dominação – uma vez que o trabalhador vive sua atividade profissional e permanece afetado pela mesma após o final de uma jornada de trabalho –, quanto um aspecto de libertação – dado que, ao desempenhar suas funções, este trabalhador também produz, simultaneamente, novos modos de ser e sentir, sendo ativo na história.

## **6.2 ENGAJAMENTO E AFETO DO PSICÓLOGO PELO SEU TRABALHO**

A práxis do sujeito e o engajamento de suas ações possuem relação dialética com seus afetos. O modo de se engajar com a realidade é tanto uma resposta do psicólogo em relação ao afeto por seu trabalho, quanto produtor de novos sentidos. Nesta dialética, os afetos produzidos pelo trabalho alteram as esferas subjetiva e intersubjetiva, ao ser capaz de imprimir novos sentidos e vivências na relação do trabalhador consigo, com o trabalho e com o meio. Por afeto compreendemos a significação de uma emoção que se origina por uma consciência espontânea, não reflexiva e vivida do mundo, ou seja, uma realidade consciente

que manifesta o mundo vivido sem posicionar a si (consciência da emoção) enquanto objeto para a própria consciência. (Sartre, 2006/1939).

Diante do contexto que o afeta, o psicólogo sintetiza a realidade por meio da consciência emotiva, isto é, suas expressões afetivas evidenciam a palpabilidade da realidade em que se insere e também sua atualidade, ao passo que dá alguma correspondência a ela. Na vivência de ser psicólogo, os(as) entrevistados(as) descreveram sentimentos de angústia, satisfação, frustração, cansaço e apatia, estados correlacionados com suas ações concretas. Tais vivências emocionadas coexistem compondo o processo de engajamento do psicólogo com a realidade.

Para produzir a si mesmo, o psicólogo precisa se engajar em seu meio, trabalhando sobre este até que supra alguma necessidade, apresentada neste campo a partir de uma escassez. Este trabalho envolve *imaginação* e *desejo* e, portanto, emprega, na sua integralidade, a consciência do trabalhador, que *almeja encontrar o que foi idealizado*, buscando se totalizar, mesmo que temporariamente, enquanto um *Ser trabalhador*. Tendo consciência de que deve trabalhar a realidade para dar algum sentido a sua própria existência, uma vez que está necessariamente comprometido com a concretude, o sujeito é também tomado pela angústia: ele precisa fazer algo para ser e, então, vai em busca disso. Na circunstância em que o psicólogo alcança os objetivos que deu às suas ações, ele vivencia um sentimento de satisfação e autorrealização, como se estivesse se totalizando e, por meio disso, dando sentido para si, o que aplaca a habitual e presente angústia de existir. A realidade, entretanto, nem sempre viabiliza que ele alcance aquilo que intencionou. Assim sendo, surge a frustração – que resulta de uma interdição que impede o sujeito de se realizar. Na busca incessante pelos fins impossibilitados, o trabalhador pode permanecer se dirigindo a um meio que não o permite realizar seus projetos, chegando ao cansaço. Nesta ausência de ser, entretanto, ele acaba se engajando com outras atividades, alienando-se ante fins alheios. Tendo estes fins uma natureza estranha a seus projetos, o sujeito não consegue se reconhecer no produto final de sua ação. Na impessoalidade, o trabalhador poderá desistir de sua autorrealização, desvinculando seus afetos de suas ações, isto é, agindo na indiferença, como se fosse um objeto para si mesmo, que se mantém operante sem ter consciência de seu próprio funcionamento. Contudo, agir mecanicamente não lhe conferirá imunidade, tendo em conta

que o trabalho reificante e desumanizante prejudicará diretamente sua saúde e, por conseguinte, outros afetos serão produzidos.

A fim de ilustrar este processo, resgataremos o percurso de *engajamento do psicólogo*, da UBS 2, que descreve ter vivido dois diferentes momentos: um primeiro, de *satisfação e autorrealização com seu trabalho*; e um segundo, de *frustração e perda de sentido*. O psicólogo da UBS 2 relata ter iniciado sua passagem na APS em um momento frutífero, no qual a prática da ESF vinha sendo constituída por intermédio da iniciativa das próprias equipes de saúde na formação de um *colegiado*. Naquela ocasião, os profissionais da saúde consideravam a constituição grupal não meramente uma organização prevista para o trabalho, mas um recurso fundamental para consolidar a APS e o próprio serviço. Isto é, os trabalhadores que faziam parte desta formação viam a necessidade de suas práticas serem integradas, a fim de que este campo fosse produzido. Diante do novo e do desconhecido, o grupo se unificou em torno de um objetivo em comum, como um grupo-em-fusão, portanto, como todos estavam na mesma situação, os trabalhadores acabaram se unindo de modo espontâneo, a partir e por meio dela. O psicólogo, por sua vez, se via como *parte deste grupo*, provido de possibilidades para atender aos seus objetivos e aos dos demais integrantes: os profissionais visaram na cogestão, na participação e na autonomia do colegiado os meios para consolidar práticas e estratégias próprias do serviço. Neste contexto, o psicólogo passou a assumir, junto com outros integrantes do grupo, simultaneamente, o papel de mediador e mediado: como o colegiado buscava tomar decisões em grupo, a fim de consolidar objetivos e instrumentos coletivos, este profissional identificava um lugar de poder neste grupo, ao mesmo tempo em que reconhecia a autonomia de outros trabalhadores que com ele definiam estas decisões. Como este movimento grupal se mostrava profícuo e produtivo, a gestão de saúde do Município, por sua vez, decidiu direcionar seus membros para diferentes postos de trabalho, a fim de que aquela experiência grupal pudesse ser repetida em outras unidades básicas. Ao passo que este movimento foi rompido por intermédio da interferência de um agente externo (gestão), não foi possível dar continuidade às ações que vinham sendo propostas. A divisão dos integrantes deste grupo-origem e a inserção de seus membros (pessoas-chave) em outros espaços não se mostrou suficiente para disparar o mesmo processo de trabalho. Assim, a experiência de cogestão e engajamento dos trabalhadores do SUS não pôde ser replicada apenas pelo estímulo individual das pessoas-chave do colegiado em outras

equipes de saúde. Sem encontrar uma finalidade em comum com os outros profissionais que não participavam daquele movimento grupal, o Psicólogo da UBS 2 se viu, por fim, impedido de dar continuidade ao processo de produção coletiva da APS, ao passo que não tinha mais consigo os aliados de antes – o mesmo, segundo ele, teria acontecido com os membros originais do colegiado.

Embora tenha sido atribuído a ele o papel de coordenar outros trabalhadores da unidade, ao mediar o grupo apenas por meio de uma finalidade predefinida, o psicólogo foi incapaz de estabelecer com eles uma relação de reciprocidade análoga à que tivera com os participantes do antigo colegiado. Tendo em vista que os novos membros não propuseram originalmente aquela formação, não foi possível que formassem entre si, uma relação horizontal: após a diluição do grupo do colegiado, ele passou a coordenar os demais trabalhadores sem levar em conta o sentido apreendido por estes. Os profissionais de saúde que restaram na unidade não participavam das atividades grupais propostas pelo psicólogo, visto que, provavelmente, não visavam a mesma finalidade que ele no grupo. Por isso, ao tentar restituir aquele mesmo movimento com outras pessoas, apenas as substituindo, *a gestão (propositora) e o psicólogo (coordenador) desconheceram que a formação do colegiado não dependia apenas da atuação de um mediador, mas da reciprocidade entre ele e os demais participantes*. Por intermédio da *institucionalização grupal*, a gestão, por sua vez, se apropriou das ações do colegiado, devolvendo aos membros do grupo originário o dever de replicar aquela experiência, alienando-os, neste sentido, do projeto vislumbrado anteriormente no grupo-em-fusão e colocando-os no lugar de reificadores da liberdade dos novos membros do grupo. Diante disso, *ao invés de garantir o engajamento dos sujeitos, a institucionalização apenas agrupou, de fora, os trabalhadores, sendo, portanto, incapaz de promover a reciprocidade e a cogestão entre eles*. Ao longo do tempo, com o fracasso desta tentativa de agrupamento, cada um passou a cuidar de sua “parte” e a encarar o trabalho do outro como algo à parte. No modo solitário e fragmentado de cuidar, o psicólogo também passou a ser definido por um papel prévio, como psicólogo clínico, diante do qual passou a se identificar como sujeito-objeto deste campo. Colocado, pela gestão, em um papel de soberano, o psicólogo acabou sozinho e impedido de ter uma relação recíproca com seus antigos parceiros de trabalho. Quando o coletivo dos profissionais da saúde não aderiu ao

trabalho proposto pelo psicólogo, ele, por sua vez, se desmobilizou. Diante do fracasso, cessou sua busca pelo coletivo e se individualizou.

Ao acompanharmos o processo vivido por este psicólogo, podemos reforçar a concepção de que o engajamento e a afetividade dependem dos sentidos singulares, mas que se dá, sobretudo, na concretude, por meio das relações e significações intersubjetivas. A partir desta narrativa, reconhecemos uma interconectividade entre a história individual e a história coletiva e um movimento dialético entre liberdade e determinação. Concebemos, além disso, que é elementar que haja um sentido em comum entre os sujeitos de um mesmo grupo, não somente para que o trabalhador se engaje objetivamente com a realidade factual, mas também para que consiga consolidar algo para si.

### **6.3 A PERDA DO(S) SENTIDO(S) DO TRABALHO: ALIENAÇÃO E FRUSTRAÇÃO**

Considerando a importância de atribuir sentido(s) para seu trabalho, o psicólogo da UBS 2 afirma ser imprescindível a presença de algum ideal que mantenha seu trabalho vivo e que, para além disso, lhe permita viver por intermédio dele:

*“Tinha muito...tinha sonhos, sonhos e dentro dos sonhos tem muita ilusão e uma possibilidade de mudança. E o que ficou... é a realidade de que essa mudança, se ela vier, é tão a longo prazo, que muita gente desiste, né?! E quando você desiste desse sonho, desiste dessa construção, quando o trabalho começa a não fazer mais sentido, que é quando a doença aparece, a doença do trabalhador. Então, enquanto tem o sonho e a ilusão, existe o processo, o trabalho faz sentido: você está vivo. E quando isso começa a morrer, você vai adoecendo para morrer, então, começa o processo de você adoecer para morrer. É aí que entra a doença ou a saúde adoecendo”.* (Psicólogo da UBS 2).

Conforme a concepção deste psicólogo, o adoecimento ocorre quando o sentido do trabalho deixa de existir para o trabalhador, sendo possível progredir para um *processo de morte simbólica*, diante do qual o sujeito perde a si próprio. Apesar de ser consumido pelo cansaço e pela frustração de seus ideais, o psicólogo da UBS 2 parece escapar do adoecimento por meio da *racionalização*. Considerando a inviabilidade das mudanças, ante a ausência de aliados que tenham objetivos similares ao dele, este psicólogo abdica de algumas expectativas ou retarda suas realizações.

Contudo, cabe considerar que o trabalho em grupo requer resistência e persistência, pois envolve as múltiplas intencionalidades daqueles que o compõem. Para que tenha sua autonomia garantida, o grupo precisa dispor de contradições e divergências, já que, em sua concretude, é composto por diferentes sujeitos e requer a livre práxis destes para se manter em movimento. Além disso, mesmo que o psicólogo permaneça engajado na busca de um ideal, é apenas no plano da ação que ele poderá materializar a realidade intencionada, tendo em vista que o sonho é insuficiente para tanto.

*Se o psicólogo não concretizar seu sonho, seguirá se acomodando com a situação restritiva de sua liberdade, sem superar a distância entre o seu ideal e o real.* Com a situação concreta distanciando-o de seu ideal, o psicólogo precisa insistir no diálogo entre os diferentes sujeitos do grupo, a fim de que consiga, conjuntamente, encontrar formas atuais de se aproximar do que foi imaginado. Assim sendo, a frustração é parte desta construção, mas não deve ser encarada pelo trabalhador como um impeditivo absoluto. Percebendo a distância entre o ideal e o real, o psicólogo descreve a coexistência tanto de uma luta, que se obstina em cumprir com o que fora idealizado, quanto de um luto, que extingue os sonhos de outrora:

*“Em todo processo de crescimento (eu penso na guerra), às vezes a gente precisa recuar. Eu tenho muito claro que eu recuei, que estou recuado e vendo o que posso fazer. Quando a gente entra numa guerra e entra de qualquer jeito, acabamos morrendo [...] Então, isso também são estratégias para usar. Em alguns momentos você se afasta e vê o que pode fazer e o quanto pode fazer”.* (Psicólogo da UBS 2)

Com base na metáfora do psicólogo da UBS 2, pode-se constatar que o recuo é tanto um *recurso de defesa*, por meio do qual o trabalhador se esquiva de uma situação ameaçadora, quanto um *recurso de enfrentamento*, por meio do qual, ante o reconhecimento de uma circunstância extenuante, o trabalhador busca estratégias para avançar de modo mais efetivo, a partir de sua reflexão sobre as circunstâncias concretas. A obstinação do trabalhador no sonho não deve, entretanto, impedi-lo de se engajar com a realidade concreta e atual, pois é neste meio factual que as possibilidades se revelarão.

No que concerne à vivência da psicóloga da UBS 1, vemos que seu senso de responsabilidade com o trabalho, embora tenha viabilizado seu intenso compromisso e engajamento com suas atribuições, foi também danoso para sua saúde mental e física. Tendo

seu projeto sido comprometimento pela realidade concreta, não foi possível discernir os limites entre o que era e o que não era passível de ser assumido como exequível:

*“A gente não sabe. Não dá para saber. A gente [rede] está tentando ao máximo conversar, ter essa troca com a rede, mas é uma coisa que a gente não sabe. Não sabe quem é o profissional que está do outro lado também. Se for ver, a gente quer abraçar tudo para tentar fazer alguma coisa por aquelas pessoas, mas... mas não dá. A gente tem que mandar para lugares que não confiamos, assim...mas esse é o procedimento, vai fazer o quê?! Você tem que se conformar porque se você ficar se perguntando sobre essas coisas, pensando muito sobre a pessoa, você fica doente. Eu já fiquei doente...pelo trabalho, nesse tempo da hora extra. Eu já fui internada...abaixou minha imunidade. Eu fiquei um ano com infecção urinária o tempo todo, de recorrência, sabe?! E eu nunca tive [infecção urinária]. Então, começou a acontecer coisas que não aconteciam comigo”. (Psicólogo da UBS I).*

Embora reconheça as fragilidades na rede de serviços e nas atuações de outros profissionais (com os quais não possui contato suficiente ou relação de confiança), a psicóloga encara estas demandas como sendo de sua intransferível responsabilidade, adotando uma postura “salvadora”, ao se propor a atender a todas as demandas incumbidas à Psicologia. Em decorrência disso, a psicóloga desencadeou um processo de sobrecarga de trabalho que se tornou corrosivo: em certo momento, este funcionamento acabou acometendo sua própria capacidade de responder às situações adversas, ao ponto de resultar em seu afastamento do trabalho devido a uma intercorrência médica.

No tocante a esta *postura “salvadora”*, Freitas (2019) revela a busca de poder encarnada no projeto de ser psicólogo-cuidador. Por intermédio do método dialético, a autora identifica o modo reificado e reificante pelo qual este profissional se posiciona à medida que se apropria do poder atribuído à Psicologia: (ainda que não tenha consciência reflexiva disso), ao assumir um lugar de saber-poder ante aquele que supostamente carece dele, o psicólogo ratifica o caráter universalizante deste campo sociomaterial, consolidando um “[...] projeto normatizador das vivências singulares, das relações sociais e do futuro da humanidade [...]” (p. 3). Resgatando o conceito de *generosidade* trabalhado por Jean-Paul Sartre, Freitas (2019) nos ajuda a compreender criticamente o sentido da sobrecarga dos psicólogos da APS.

Em consonância com a discussão proposta por Freitas (2019), vemos que *as ações de doação e generosidade, protagonizadas pelos psicólogos, pressupõem uma relação destrutiva*, tendo em vista que ao se colocar como alguém que possui algo do qual o paciente carece, o psicólogo afirma sua capacidade com base na negação da capacidade daquele.



Assim, *justificando suas atitudes por meio da ideia de generosidade, o psicólogo assume uma relação de poder e hierarquia, onde o desejo de controle da liberdade do outro se mostra operante.*

Contra-pondo-se a uma ideia ingênua de generosidade, esta concepção denuncia que, na intenção de “*abraçar tudo*” – nas palavras da psicóloga da UBS 1 –, os psicólogos, na verdade, assumem uma função destrutiva, pois o exercício desta onipotência implica em possuir e aniquilar o outro. Ao se julgarem capazes de “doar algo” a “alguém carente” os psicólogos estão, por um lado, negando e subjugando este “alguém” (sobre quem apenas depositam o que supõem que ele não possui) a um lugar de passividade e impotência, e, por outro, se afirmando ativos e potentes, crenes de que possuem o objeto a ser doado.

Convém considerar que, nesta postura de generosidade e onipotência, o psicólogo aprende a ficar sozinho, pois, se ele se propõe a provar que é dotado de poder e capacidade, não irá buscar suprir suas necessidades por meio do outro – talvez nem consiga perceber este outro. É o que parece ocorrer com muitos dos psicólogos na APS. Mesmo que percebam limitações determinadas pelo campo sociomaterial e os impactos de tais limitações sobre a coletividade de trabalhadores das UBSs, *alguns destes psicólogos não parecem intencionalizar saídas coletivas e acabam apelando para ações “salvadoras”* – como tentar suprir todas as necessidades de saúde que são atribuídas a eles.

Malgrado intente ser “generoso”, não é na onipotência – muito menos na impotência – que o psicólogo poderá superar os obstáculos que se apresentam a ele. *Sua potência, por assim dizer, dependerá de como o psicólogo se engaja diante das limitações e de como lida com fracassos*, isto é, uma parte de suas possibilidades emergirá como resistência às situações cerceantes, tendo em vista sua liberdade ser *em situação*. Entretanto, ao evitar enfrentamentos, com o intuito de se preservar, o sujeito não se mobiliza a fim de transformar as circunstâncias adversas, e, portanto, tentando se conservar, acaba conservando o problema.

O enfrentamento às situações adversas não é simples. Para perseverar neste ato, o sujeito depende de diversos fatores, como: a condição emocional da pessoa para tanto, o apoio psicossocial dos pares que realizam esse enfrentamento conjuntamente e os avanços obtidos por meio destes esforços. Reconhecendo não possuir condições emocionais – em seu

atual momento de vida<sup>14</sup> – para arcar com conflitos e confrontos no ambiente de trabalho, a psicóloga da UBS 3 tenta diluir sua responsabilidade e se desmobilizar do grupo, justificando que os determinantes do processo de trabalho são fatores sobre os quais não tem poder para mudar:

*“Eu acho assim, já é tanto desafio, tanto desgaste, que um embate seria algo a mais: ‘eu tenho que resolver isso, mas fulano não me ajuda, então deixa eu tentar pensar algo a mais pra resolver isso’. São coisas, assim, que são faladas o tempo todo, existem formações, pedidos, mas ainda não aconteceu uma mudança de cultura que deveria acontecer. Então, pra mim, que já tenho que lidar com vários outros desafios, isso seria uma carga a mais, de algo que é mais cultural”. (Psicóloga UBS 3).*

Em face do exposto, cabe considerar que, *seja tentando diluir sua responsabilidade no outro, seja se engajando solitariamente, não há enfrentamento eficaz que sobreviva, a longo prazo, sem o engajamento coletivo.* Para superar as condições estruturais e alienantes deste campo do trabalho, é necessário intentar ações no âmbito da coletividade, pois é neste que estas condições são determinadas. Desprovido de um meio que corrobore sua luta, o trabalhador acaba se desmobilizando ou tendo suas forças exauridas. Entretanto, se a impotência vivenciada pelo psicólogo for compartilhada, ele poderá se aliar a outros que compartilhem com ele alguma causa em comum a fim de que supere estas condições.

## **7 DESAFIOS DE SER PSICÓLOGO NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

Ante os estreitamentos da prática na APS, encontramos os psicólogos no embate entre seus ideais e a realidade concreta. Convém ressaltar que esta temática foi abordada de modo dialético, ao longo das discussões anteriores. Os desafios da práxis se dão na oposição entre o para-si e o em-si, a liberdade e a determinação, a singularidade e a universalidade, consistindo, precisamente, em um tema entremeadado.

Como já discutido, o ser humano está submetido a uma condição desafiadora fundamental: por ser desprovido de essências e qualidades absolutas, está condenado a ser

---

<sup>14</sup> Ao final da entrevista concedida, a psicóloga da UBS 3 compartilhou que tem atravessado um processo significativo de luto, desencadeado por uma perda concreta. Diante destas circunstâncias, que deram origem a um processo amplo de questionamento existencial, ela passou a buscar novos sentidos para sua vida, e, a partir disso, a se afastar emocionalmente do trabalho e da própria profissão.

livre e a buscar seu Ser no mundo, sendo compelido a agir. Assim sendo, sua própria existência deve ser encarada como um desafio. Inserido contingencialmente em alguma realidade sociomaterial, o sujeito se depara com distintos determinantes que, embora possam lhe dar certo preenchimento, não atenderão a todas as suas necessidades – tendo em vista que são produzidos em tempo e espaço limitados. Consequentemente, será imprescindível que o sujeito introduza algo novo em seu meio, ou seja, que produza conhecimentos, instrumentos ou técnicas que possam melhor responder à específica realidade visada por ele. Categoricamente, pela própria condição ontológica e material da existência humana, haverá sempre algum vazio que mobilizará o sujeito.

A UBS está inserida em um contexto sociopolítico complexo, desigual e contraditório, no qual o psicólogo se depara com uma realidade marcada por faltas. Do ponto de vista prático, ele está localizado em um espaço de trabalho que apresenta a coexistência de dois modelos assistenciais da saúde, que são divergentes e conflitantes, mas que exercem influências sobre sua prática: um modelo de saúde assistencialista, biomédico e curativista; e um modelo de saúde preventivista, interdisciplinar, territorial e integral. Na concomitância entre estas concepções e suas respectivas práticas, o psicólogo buscará algum modelo que supra a realidade por ele percebida, diante da qual se sustentará, de modo vacilante, a política da APS.

## **7.1 O ESPECIALISMO NA SAÚDE: DISCIPLINARIZAÇÃO, FRAGMENTAÇÃO E INDIVIDUALIZAÇÃO DO SABER COMO OBSTÁCULOS AO TRABALHADOR**

Em meio aos desafios vivenciados pelos psicólogos neste campo, cabe destacar o *especialismo na saúde* – ponto ressaltado por todos os entrevistados. O especialismo corresponde a uma tendência teórico-prática que aborda o fenômeno da saúde a partir de uma perspectiva disciplinar, hierarquizada e fragmentada. Em contraposição às concepções de saber integral, a especialização do saber – movimento científico hegemônico no mundo ocidental – surgiu como uma abordagem científica-metodológica que visava dividir o todo em partes e investigar cada parte separada, por considerar que a totalidade é a soma destas partes. À vista disto, buscava sistematizar e organizar os conhecimentos dentro de um domínio determinado do saber.

Para Japiassu (1976), a *disciplinarização* do conhecimento ganhou força com o advento da ciência moderna e do positivismo, assim como com a gradual descrença na existência de um suposto saber universal, essencial e absoluto. Sem buscar uma unidade para os saberes, o movimento inaugurou na área da saúde um novo desafio: se, por um lado, com o avanço do especialismo em tal área, novos conhecimentos, tecnologias, instrumentos e insumos puderam ser aprimorados, por outro, de modo paradoxal, a fragmentação e a incomunicabilidade entre as disciplinas acabaram precarizando a abordagem integral sobre a pessoa, bem como perdendo de vista sua totalidade e a complexidade das ramificações mais amplas do trabalho.

No cotidiano do trabalho na UBS, o especialismo tem se expressado na fragmentação das práticas, na abordagem centrada na doença e na hierarquização das disciplinas de saúde, organizadas em torno do saber e da prática biomédicos. Por intermédio da hierarquização das disciplinas, são delimitadas diferentes atribuições ao psicólogo e aos demais profissionais, conforme as demandas identificadas e encaminhadas, em geral, sob o aval do saber biomédico. Sendo assim, de modo predominante, a relação estabelecida entre as especialidades é restringida pela hegemonia da perspectiva biomédica sobre as demais.

Os psicólogos consideram que este fenômeno é também um dos fatores que explicam as amplas filas de espera, tendo em vista que a comunicação e a troca entre as disciplinas – que poderiam reestabelecer as prioridades e as intervenções – se restringem, frequentemente, na realização de encaminhamentos de uma especialidade para outra, com o foco em atendimentos individuais. Nesse caso, as demandas em saúde são subdivididas, de acordo com suas necessidades, para determinadas especialidades, como se fossem relativas ao saber-poder de uma ou outra área do conhecimento.

Descrevendo como é o acolhimento do usuário na unidade básica, a psicóloga da UBS 1 denuncia a *fragmentação do trabalho em saúde*, a *incomunicabilidade* entre os profissionais da saúde e a *ausência do cuidado compartilhado*, que se expressa pela fragmentação dos projetos terapêuticos – o que compromete a qualidade do serviço prestado. Segundo ela, no ápice deste funcionamento desconexo, um mesmo usuário chega a passar por intervenções terapêuticas divergentes e até conflitantes entre si, podendo este ter sua condição de saúde ainda mais agravada:

*“A pessoa chega na UBS a procura de alguma coisa, por conta daquilo que ela está sentindo. Então, ela passa pela enfermeira, daí a enfermeira vê e encaminha – encaminha para um monte de gente que não se conversa. Não sei, parece que fica uma coisa contraditória, de um profissional e outro. Ninguém está conversando sobre o paciente, ‘mas estão atendendo ele’ (sic). Assim, alguém passa um remédio aqui, passa outro ali – sendo que os dois nem eram para ser tomados juntos, sabe?!”*. (Psicóloga da UBS 1).

Outro ponto descrito pelos psicólogos como um desafio é a *tendência individualizante e assistencialista* dos serviços e da própria comunidade em preferir a abordagem clínica individual às intervenções de cuidado alternativas. O psicólogo da UBS 4 considera que o próprio trabalho em rede se organiza por intermédio das especialidades em saúde e que, por sua vez, a própria gestão e comunidade solicita o atendimento dos especialistas da rede, valorizando e quantificando o trabalho do psicólogo a partir dos números de atendimentos individuais:

*“Então, um dos desafios é que, a gente sabe que tem lugar e indivíduo que só quer o atendimento individualizado e também essa coisa da rede de fazer atendimento individualizado. A escola manda para o atendimento individualizado, o neurologista manda para a clínica psicológico individual com abordagem em terapia cognitivo-comportamental... se opor ao afunilar é difícil, porque ampliar é nadar contra a corrente, contra a maré. A tendência é o especialista, o especialismo. O nosso movimento é fazer o contrário, não o especialismo, mas trazer o geral, do pertencimento e da sociabilidade. É um movimento contra hegemônico, porque a hegemonia é ficar na sua sala atendendo as pessoas, pois se você faz diferente, vão questionar: ‘por que você estava na sala com a enfermeira? Precisa de duas pessoas para atender uma pessoa? Por que você faz reunião de equipe e não está aqui atendendo as pessoas? Está na escola? Mas não é psicólogo da unidade, então por que está na escola?’ (sic)”*. (Psicólogo da UBS 4).

Ao se referir ao especialismo como uma tendência, o psicólogo considera o aspecto sociocultural deste fenômeno e se atenta para o fato de que, predominantemente, valorizam-se em nossa sociedade as tecnologias da saúde – nomeadas inovadoras ou avançadas – que se definem pela atomização dos processos, especialização do trabalho e foco individualizado. Embora o especialismo seja transposto para a saúde pública, sua concepção de tecnologia diverge radicalmente da noção de cuidado primário na APS, que, por sua vez, preconiza o uso de tecnologias leves por profissionais que atuem por meio da abordagem generalista nas áreas de clínica geral e saúde da família.

Entendendo o *especialismo como um processo sociocultural* mais amplo que decorre da fragmentação do ser e da individualização social, o psicólogo da UBS 4 destaca os efeitos subjetivos deste movimento para o campo da saúde. Para ele, a ascensão do individualismo,

do produtivismo e da cultura narcisista, aliados a insuficiência de espaços de sociabilidade e pertencimento, são os signos do mal-estar do sujeito na contemporaneidade. O usuário do SUS, por seu turno, embora inserido em uma comunidade e território específicos, possuindo diferentes condições socioeconômicas, também sofre na sua intimidade com exigências e contradições próprias da vida globalizada; ele é um recorte singular de seu tempo.

Atravessado pela individualização e atomização social, é comum que o sujeito que busca pelo psicólogo encare sua doença ou sofrimento como uma dificuldade ou fracasso de ordem pessoal e que, sendo assim, se evada de espaços coletivos, indo em busca de especialidades que consigam auxiliá-lo a se recompor e se readequar ao status quo – como explica o psicólogo entrevistado:

*“Então, pensando nessa pergunta sobre como eu vejo essas demandas, eu vejo atravessadas por esse contexto em que nós vivemos, onde há um sofrimento muito grande, há um desconforto, há um mal-estar social, em que vivemos pela busca por perfeição e produtividade: “tudo tem que ser perfeito. A minha família tem que ser perfeita”. Há uma pressão e uma idealização muito grande e uma dificuldade em lidar com frustração, com o impasse e com aquilo que é contraditório. Eu percebo uma angústia muito grande das pessoas que buscam o serviço com os sintomas de “eu tenho que dar conta”, “eu tenho que ser o melhor”, “eu tenho que ser produtivo” e aí tem a questão do desemprego. É uma pressão muito grande no sujeito e nós temos, na minha observação, uma culpabilização muito grande, uma individualização muito grande: “se eu falhei, é porque a culpa é minha”, “se meu casamento deu errado, é porque a culpa é minha”, “se meu filho não é perfeito, a culpa é minha” (sic)– essa ansiedade devido a essa culpabilização. É esse olhar que nós tentamos ter desse território”. (Psicólogo da UBS 4).*

Ao considerar a realidade sociocultural e econômica como pano de fundo do mal-estar do sujeito, o psicólogo da UBS 4 parece reconhecer os desafios de seu exercício no âmbito ético-político. Se as cobranças e as culpas que recaem sobre o indivíduo são, em grande parte, fomentadas pela própria organização social, a Psicologia, ao oferecer apenas saídas singulares de adequação ou recuperação de um pretenso estado normal, está corroborando a manutenção do ditame do desempenho e da performance – que exige respostas apenas do sujeito. A fim de se opor a esta lógica, o psicólogo precisa reconhecer estas demandas, enquanto produzidas dentro de um determinado momento histórico-social, e buscar ampliar o acesso do sujeito a outros modos de sociabilidade e subjetivação.

Consciente da predominância do atendimento individual, enquanto componente do especialismo na saúde, o psicólogo da UBS 4 assume o papel de modificar esta cultura por

intermédio de ações tanto que estimulem as equipes a realizar abordagens interdisciplinares e entre redes, quanto que desenvolvam atividades e intervenções em grupo voltadas à comunidade. Segundo este psicólogo, é necessário que os profissionais da saúde mostrem para a população que outros modelos de atenção são possíveis e até mais eficazes do que o modelo dominante. Neste sentido, é preciso que os trabalhadores demonstrem com suas práticas que a APS é um modelo de saúde potencialmente rico, inovador e complexo, e que, embora precise avançar nas suas consolidações, não deve ser encarado como um modelo de saúde arcaico, precário e carente:

*“É uma pressão grande da população de pensar que atendimento tem que ser individual, o que a gente está tentando superar com a qualidade do grupo, mostrando que existe, que é importante, que tem resultados, e não que é um serviço de atacado, pra pobre, de que não é isso, pois tem uma função e uma importância”.* (Psicólogo da UBS 4).

A defesa pela ampliação dos cuidados e ações para a comunidade é, não somente uma luta pela APS, como também pelo próprio SUS e seu ideal. Por isso, *a atuação nas unidades básicas é, sobretudo, um ato político que fortalece ou enfraquece o direito à saúde pública de qualidade no país.* Por trás da concepção de que o cuidado em comunidade é arcaico, precário e carente, ou, de que é um “serviço de atacado, pra pobre”, como resumiu o psicólogo, atuam interferências da iniciativa privada e da ideologia do estado mínimo – outrora, ligeiramente ocultas, mas hoje bem explícitas –, que fomentam a pauperização do SUS, devido o desinteresse de que uma saúde preventiva e pública avance em território nacional.

A fim de estabelecer a saúde como mercadoria, as iniciativas privadas e suas forças oligárquicas efetivam, aos poucos, a queda do SUS e tentam reforçar a ideia de que este sistema é incapaz de atender às demandas da sociedade. Como resposta a esta fragilidade inventada – e forçosamente implementada –, o modelo de saúde privada, assistencial e centrado nas especialidades se apresenta como a opção mais avançada e tecnológica para a Saúde da população.

## 7.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE EM TEMPOS DE ACIRRAMENTO DA POLÍTICA NEOLIBERAL

Como os psicólogos se deparam – no âmbito de suas particularidades – com as determinações do campo universal, concerne identificar com mais precisão como é o contexto macropolítico e social que circunda o SUS e que, portanto, se interpõe ao campo de ação do sujeito-psicólogo. A princípio, embora estejamos em momento histórico-social marcado por um massivo enriquecimento das elites econômicas, concomitantemente, somos testemunhas do contínuo agravamento da desigualdade.

Na obra *O destino da desigualdade social em tempos líquidos-modernos*, Bauman (2013) destaca que – caracterizado pelo aprofundamento neoliberal – o atual cenário do capital não inaugura a situação da desigualdade, mas radicaliza seu paradoxo: ao mesmo tempo em que o capital produz *excessos e riquezas*, que são usufruídos pelas classes hegemônicas, este mesmo capital promove a *escassez* de bens e serviços à classe subalterna. Esta classe, embora seja responsável pela produção das riquezas, não consegue dispor delas, ficando subjugada a esta estrutura alienante. Sob o signo da pobreza, da violência, da desigualdade econômica-social e da exclusão, o capital mantém seus excessos, garantidos à classe dominante, justamente pela promoção da desigualdade e da exploração social – condições sob às quais a classe subjugada é obrigada a (sobre)viver. A escassez e a miséria, portanto, se manifesta como dano colateral necessário deste cálculo (Bauman, 2013).

Por ser uma política que depende da autonomia e da força da máquina estatal – assim como as demais políticas públicas –, o SUS sofre estruturalmente com os impactos da agenda neoliberal. A partir das práticas de desregulamentação, aparelhamento estatal e privatização, e da consequente pauperização de seus recursos, este sistema fica submetido a uma condição de escassez que o permite perdurar apenas de modo precário e desmantelado. Assim sendo, ele se perpetua ao mesmo tempo em que é destruído e tem seu projeto desfigurado.

Inserido nesta realidade, o psicólogo está, igualmente, submetido a estas condições de escassez e paradoxos. Para efetivar o SUS neste meio, ele precisa, portanto, encarar lutas, resistências e embates, tendo em vista que esta política está na contramão dos interesses do capital. Os cortes orçamentários, a gestão racionalizadora, a falta de recursos técnicos e pessoais, são alguns dos fatores objetivos que dão realidade ao SUS, e que, entretanto,



intensificam a crise que o sucumbe. Para lidar com o desmantelamento do SUS, criado pelo sistema socioeconômico, é imprescindível que o trabalhador perceba que esta crise particular, ao mesmo tempo em que se apresenta a ele dentro de um contexto específico, é também síntese de um fenômeno histórico e determinado pela conjuntura política e social, bem como uma realidade que é ratificada pelo próprio campo de ação do sujeito – sendo possível e necessário a responsabilidade e os engajamentos individual e coletivo para sua superação.

Nos aproximando do campo da política pública – que deveria ser fundamentalmente coletivo – identificamos, no entanto, algumas crenças individualizadas. Ao refletir sobre seu papel na APS, a psicóloga da UBS 3 considera a escassez que circunda seu trabalho como determinante para suas ações: diante da insuficiência<sup>15</sup> da assistência psicológica e da fila de espera preexistente e crescente em seu território, ela define como seu compromisso a supressão das demandas por atendimentos individuais e assistenciais – expressas nas solicitações formalizadas. Nessa perspectiva, a psicóloga assume o papel de

*“[...] cuidar das pessoas que estavam aguardando este atendimento e essas que continuam chegando – porque a demanda continua. Então, o papel consiste em realizar o atendimento psicológico dessas pessoas e, inicialmente, é individual, porque tem gente esperando desde 2018”. (Psicóloga UBS 3).*

Não obstante a psicóloga seja importante para atender às demandas de saúde mental diante da circunstância em que está inserida, ela acaba restringindo sua função a esta determinação prática e se responsabilizando individualmente por um fenômeno assistencial que se dá no âmbito coletivo. Além disso, sem mobilizar o coletivo para transformar esta realidade, buscando evitar possíveis atritos interpessoais, a psicóloga acaba se limitando a um papel paliativo, que não possibilita saídas resolutivas e que, portanto, implica, consequentemente, na continuidade do problema. Desse modo, é como se a psicóloga buscasse lidar com a escassez se limitando a esta condição e agindo, igualmente, de modo escasso, tendo em vista que partindo da escassez pré-definida, ela não consegue antecipar-se a esta condição. Assim, embora esta psicóloga busque superar os problemas envolvidos nesta

---

<sup>15</sup> No território de sua atuação, na circunstância da entrevista, havia poucos meses em que a psicóloga da UBS 3 havia sido inserida neste espaço de trabalho. Antes de sua entrada, entretanto, esta unidade estava sem psicólogo fixo por certa de 8 meses, dispondo apenas da assistência pontual e substitutiva de psicólogos de outros serviços, em determinados dias da semana.

situação, ela parece lidar com isto buscando suprir as necessidades que a história preconiza, como se sua ação estivesse alienada a um futuro-fatalidade indicado a ela como necessário.

O desenvolvimento de uma visão crítica sobre esta realidade tem como barreiras as *crenças individualizadas* e as *relações fragmentadas* promovidas pelas instituições – como as organizações do trabalho. Ante a estrutura da organização do trabalho na área saúde, os trabalhadores são levados a se individualizarem por meio da fragmentação do saber, da divisão técnica do trabalho e da hierarquização dos processos. Submetidos à tal organização, os trabalhadores têm prejudicadas suas percepções sobre os fatores universais que determinam suas condições particulares. Diante desta realidade, a Universidade<sup>16</sup> possui um papel primordial. Como ela precede a inserção de determinados sujeitos ao mercado de trabalho (devemos considerar que esta instituição ainda é marcada pela exclusão de determinadas classes, raças e gêneros), ela pode prepará-los para identificar as condições socioeconômicas e culturais que condicionam as crises, os desafios e as limitações que enfrentarão por meio do exercício do trabalho. Ciente de seu papel educador, esta instituição poderá contestar sua função reprodutora de conhecimentos e técnicas, abandonando o papel meramente depositário, que lhe fora atribuído pela classe dominante. No lugar disto, a Universidade pode incitar reflexões críticas, facilitando a reflexão dos futuros profissionais acerca lugar que ocuparão, a partir do resgate da história que consolidou esta profissão e do papel social a que foi designada.

Sob a vigência da ordem socioeconômica neoliberal, a individualização é pressuposto e elemento primordial para a perpetuação de uma vida privatizada. Abordando a situação do sujeito submetido à condição do capital na contemporaneidade, Bauman (2008) aponta para a dialética capital-indivíduo, destacando não meramente a determinação do capital sobre o âmbito da individualidade, mas, principalmente, a centralidade da individualização como um processo de efetivação e perpetuação social e econômica deste sistema. Segundo o autor,

[...] ‘individualização’ consiste em transformar a ‘identidade’ humana de uma coisa ‘dada’ em uma "tarefa" – e encarregar os atores com a responsabilidade de

---

<sup>16</sup> Cabe elucidar que vivemos um momento de desmonte da Educação pública e enfraquecimento da Universidade pública, com intenso empreendimento para uma formação conservadora e radicalização da submissão do ensino superior público ao capital financeiro, que contribuem para a limitação da formação de uma consciência crítica.

desempenhar essa tarefa e de arcar com as consequências [sic] (e também com os efeitos colaterais) de seu desempenho; em outras palavras, consiste em estabelecer uma autonomia *'de jure'* (porém não necessariamente uma autonomia *de facto*). (Bauman, 2008, p. 183).

O processo individualizado de desempenhar as tarefas e arcar com suas consequências é justamente um dos fatores que dificulta as emancipações no campo do trabalho, pois coloca unicamente sobre o sujeito os sucessos e os fracassos de suas empreitadas, alienando-o dos processos coletivos envolvidos nesta produção. Por meio desta lógica, é raro que o trabalhador consiga identificar os aspectos conjecturais da sua situação e, a partir disso, buscar nos coletivos alternativas de enfrentamento, agindo, de fato, com autonomia sobre a própria realidade. Como ainda alerta Bauman,

[...] cada vez menos temos esperança de que, juntando forças e ficando de braços dados, podemos forçar uma mudança nas regras do jogo; talvez os riscos que nos fazem temer e as catástrofes que nos fazem sofrer tenham origens sociais, coletivas – mas elas parecem cair sobre cada um de nós de maneira aleatória, como problemas individuais, do tipo que só podem ser enfrentados individualmente, e reparados, se possível, apenas por esforços individuais. (2008, p. 189).

A fim de alcançar amplitude por meio de suas ações, é imprescindível que o psicólogo, além de visualizar os determinantes sociais, históricos e econômicos de seu trabalho, consiga se sentir pertencente a este meio, se reconhecendo entre seus pares e buscando neles alguma reciprocidade. Parecendo considerar este aspecto, o psicólogo da UBS 4 nos atenta para o fato de que a alienação dos trabalhadores, além de favorecer a desapropriação do sujeito sobre sua própria práxis, reforça o distanciamento e desassociação social no trabalho:

*“Hoje uma das maiores dificuldades que percebo, no SUS em geral, está, principalmente, nas crenças dos trabalhadores, desse trabalhador que não se identifica, não se reconhece, que está adoecido e que não sonha mais. Esse trabalhador tem uma relação com o usuário de culpabilizar o outro...ele se sente, sei lá o quê... é esse trabalhador adoecido, que não consegue mais fazer esse movimento e que não tem essa consciência, que não se reconhece mais como trabalhador, como agente de mudança, possibilidade e protagonismo.”* (Psicólogo da UBS 2).

Ao negar sua condição enquanto trabalhador, o sujeito não somente perde de vista sua autonomia – deixando de se engajar enquanto alguém que também produz o campo de trabalho – como também corrobora a diluição dos laços sociais, ao passo que não se identifica ou busca se aliar àqueles que dividem com ele a mesma condição. O psicólogo da UBS 2 reconhece a desapropriação do trabalho como um desafio presente que dificulta a unificação e a articulação das equipes na APS e, a partir disso, a própria renovação dos processos de trabalho. Ante o funcionamento desapropriado e isolado – por meio do qual o sujeito interioriza sua situação –, fica ainda mais difícil para o trabalhador que supere as condições precárias, as quais, por sua vez, permanecem o precarizando.

### **7.3 ENFRENTANDO OS DESAFIOS DA APS: PRÁXIS, RESISTÊNCIA E LUTA COLETIVA**

Embora alguns psicólogos sucumbam solitariamente às situações de desmantelamento, precarização e escassez do SUS – se tornando, eles mesmos, escassos –, outros encontram na formação grupal uma chance de superá-las, conjugando suas forças por meio da cooperatividade e aliança. Assim, para além de agirem de modo adaptativo a esta realidade limitante, alguns psicólogos se unem a fim de resistir e consolidar mudanças concretas, identificando na relação com seus pares uma oportunidade de enfrentamento e luta.

Conforme apontou a experiência do psicólogo da UBS 2, foi no processo de consolidação da atenção primária dentro de sua unidade básica que uma forte coesão grupal surgiu entre os trabalhadores. Esta coesão foi construída por eles, com a finalidade de superar as lacunas contidas na sociomaterialidade daquele campo: desprovidos de prescrições, delimitações e institucionalizações, os trabalhadores visaram a necessidade de produzir suas próprias direções práticas, ao identificarem no agrupamento a melhor forma de estabelecer objetivos, etapas, métodos e instrumentos coletivos para o trabalho. Além de suprimir estas lacunas, estes trabalhadores desejavam redigir a história do serviço. Assim, aproveitando a abertura e a indeterminação deste campo, buscavam definir as finalidades e os meios conforme seus próprios projetos, e, portanto, reconhecerem-se na materialidade por eles

trabalhada. Desse modo, a partir da falta apreendida e da necessidade concreta de que agissem, os trabalhadores se unificaram sobre o meio prático a fim de consolidá-lo.

Ultrapassando o âmbito da ontologia, podemos nos aproximar do aspecto antropológico da falta, chegando, finalmente, no conceito de *escassez*. Sartre (2002) compreende a escassez como a estrutura original e, ao mesmo tempo, objetiva e social que dá circunstância à situação sociomaterial do sujeito. Conforme considera o filósofo, o meio material possui uma escassez originária e objetiva, pois a concretude, limitada pelas condições materiais, é caracterizada por não dispor de todos os recursos materiais para suprir as necessidades mais elementares do ser humano. Pela apreensão desta escassez objetiva, o sujeito, entretanto, intenciona a necessidade de modificar as condições concretas por meio de sua práxis. Ao lidar com a materialidade, o sujeito, ao mesmo tempo em que é impedido pelas limitações e determinações apresentadas por ela, também pode intencionar novas finalidades, atualizando as condições materiais.

É a partir da livre práxis sobre a realidade concreta, que uma escassez de âmbito social é inaugurada. Buscando superar alguma escassez, o sujeito, por sua vez, também a ratifica, uma vez que, ao se realizar por meio de um ato afirmativo sobre a materialidade orgânica, ele cria, dialeticamente, uma nova totalidade. Pela relação dialética com a materialidade, o sujeito nega a inércia do campo concreto, totalizando-se na matéria, mas também produz, por meio da exteriorização de sua ação, uma outra realidade de caráter igualmente inorgânico e determinista. Assim, afirmando-se na materialidade o sujeito nega a negatividade de sua consciência, implementando uma materialidade inerte, que será determinista para outros, dado seu estado objetivo. O campo da materialidade, como totalidade totalizada, traz, portanto, sempre uma estrutura universal ao sujeito, pois é atravessada pela escassez e marcada pela inércia. Este é o campo do *prático-inerte*, resultado histórico das práticas humanas sobre a realidade objetiva, diante do qual somos condicionados a viver: desde que nascemos estamos lançados em um mundo concreto, que é estranho à nós e que fora constituído por outros sujeitos, antes mesmo de nossa presença.

Assim como o sujeito é capaz de superar a escassez, ele também pode (re)produzi-la por meio de sua práxis. Para Sartre (2002), se, por um lado, ao exteriorizar seu projeto sobre a matéria orgânica o sujeito supre sua necessidade, por outro lado, ao criar uma materialidade para atender a seus próprios fins, inaugura um campo prático-inerte que terá uma estrutura

determinista para outros sujeitos, os quais, por sua vez, irão apreender tal materialidade como um dado acabado, fixo e imutável. No confronto entre subjetividade e objetividade, o campo da materialidade também faz exigências ao sujeito, a partir de sua *contrafinalidade*, determinando-o a uma estrutura que reitera o passado. Tendo em vista ser inerte, a materialidade exige, em contrapartida, a inércia de quem a maneja. Como esclarece Freitas (2018), devido ao caráter universal do campo sociomaterial, os projetos encravados na matéria trabalhada, num movimento de contrafinalidade, exigem uma anti-práxis dos sujeitos que não a produziram, isto é, a própria materialidade determina ao sujeito o modo pelo qual deve ser manejada, “apontando para um futuro-fatalidade de suas práxis” (p.147).

Para Sartre (2002), a história é produto da livre práxis sobre a condição originária de escassez, sendo, portanto, resultante das ações dos sujeitos acerca das estruturas sociais determinantes. Isto é, ela é síntese da negação do homem sobre as condições universalizantes e totalizantes de sua realidade e da afirmação de sua liberdade na materialização de outros possíveis. A superação das estruturais sociomateriais deterministas e totalizantes ocorre tanto pela liberdade do sujeito, em interiorizar a realidade conforme suas intencionalidades, quanto pela inércia do campo prático, que é incapaz de determinar absolutamente as práxis.

Embora não seja absoluta, a estrutura desta realidade é alienante, pois condiciona o conteúdo das relações humanas. Tendo em vista o campo prático-inerte ter infinitas determinações, sua estrutura interfere na sociabilidade dos sujeitos, formando um elo, por meio da mediação material, que une os diferentes sujeitos por uma ordem externa. Sartre (2002) denomina a posição dos sujeitos em relação a estrutura do prático-inerte como serial, uma vez que esta relação é definida pela exterioridade, sendo, portanto, impessoal e desprovida de reciprocidade entre aqueles que a compõe. Ao discutir a agregação pela *serialidade*, o filósofo atenta para o fato de que esta forma de coletivo é frágil e incapaz de garantir a manutenção dos sujeitos dentro desta estrutura. Como a manutenção do prático-inerte dispensa as liberdades dos sujeitos na sua manutenção – ao alienar as práxis – apenas realiza o ajuntamento dos sujeitos, de um modo disperso e desarticulado, uma vez que é definida externamente, sem o acordo entre eles. Segundo o filósofo, a agregação via exterioridade, mediada pelo prático-inerte, é incapaz de promover a reciprocidade entre as pessoas e, portanto, de preservar este elo forçado e artificial, sendo caracterizada pela impessoalidade e solidão.

Diante o entendimento de Sartre (2002) de que a *reciprocidade* é elemento indispensável para a formação de uma coletividade engajada no campo material, é possível pensarmos a problemática deste elemento na prática dos trabalhadores (e psicólogos) na APS. Ao resgatarmos o período de inauguração dos processos de trabalho na UBS 2, reconhecemos a relevância da reciprocidade positiva para o envolvimento dos trabalhadores com o campo prático: foi a partir do momento em que reconheceram, entre si, um meio para realizarem seus fins coletivos, que estes trabalhadores formaram uma unificação espontânea e autônoma. A coesão era determinada por eles mesmos, por meio da interiorização da unidade prática, ou seja, não se dava pela obrigatoriedade da organização externa – por intermédio da divisão e da distribuição contingente dos profissionais em diferentes equipes –, mas pela reciprocidade estabelecida entre eles, a partir da experiência de ser um *nós-sujeito*. Surgia, por meio deste movimento, uma união das práxis, pela qual todos os membros do grupo desempenhavam, concomitantemente: o papel da livre unificação, em que cada um era para o outro alguém como si próprio; e o papel de terceiros, que unificavam os outros em uma unidade objetiva, sendo, portanto, unificadores-unificados. Por meio desta experiência, os trabalhadores experimentavam a alternância de liderança, sem interiorizarem, até aquele momento, uma ameaça externa que pudesse colocar a existência do grupo em risco.

No caso da vivência relatada pelo psicólogo da UBS 2, podemos considerar que a experiência de *nós-sujeito* (do colegiado de trabalhadores) foi impedida, não pela conclusão do projeto que os unificava (construir a APS, pelo modo deles), mas pela intervenção de um terceiro que não fazia parte da equipe (a gestão). Este terceiro, que visava replicar aquele movimento grupal em outros contextos, incorreu ao erro de considerar que bastaria uma mesma estrutura para desencadear um funcionamento grupal análogo – como se cada parte do grupo fosse substituível, tal como uma peça de uma engrenagem mecânica. Por meio da intervenção deste terceiro, que objetificou o grupo a partir de suas finalidades, os trabalhadores perderam a autonomia que os unificavam, passando a serem organizados de fora, enquanto um nós-objeto.

A dissolução do grupo, após a tentativa fracassada de sua replicação, evidenciou que o movimento grupal não é passível de ser garantido de fora, pelas imposições externas, e que não depende apenas da existência das partes que compõem o grupo, mas de sua dialética

universal-singular. O movimento grupal é uma totalização em processo e sua dialética é um movimento inacabado e imprevisível, que se mantém apenas por meio da unificação de práxis singulares, sendo, portanto, um devir que se realiza na prática, mas que não se finda nela. Conforme pontua Sartre (2002), a lógica viva da ação não pode ser prevista por uma razão contemplativa ou preestabelecida por meio de um molde prescritivo às ações: "Ela se descobre durante a práxis e como um momento necessário desta, ou se se prefere, ela se cria de novo a cada ação e torna-se método teórico-prático quando a ação que se desenvolve dá suas próprias luzes". (p. 170).

Diante disso, podemos concluir que a própria formação por equipes de saúde é insuficiente para assegurar a coesão entre os trabalhadores, uma vez que não é porque os profissionais da saúde estejam agrupados dentro de uma composição multiprofissional predefinida pela gestão, que formam, por meio desta, um movimento coeso de totalização grupal.

Debruçando-se sobre a formação de grupo a partir do existencialismo, Freitas (2018) elucidada que dentro de uma estrutura pré-requisitada, os trabalhadores ficam submetidos a uma condição de serialidade que os unem de modo impessoal e determinista e que dispensa o livre engajamento de cada um deles. Assim, ainda que a equipe possa ser organizada mediante funções, procedimentos e atividades – que garantam a preservação de um certo funcionamento em grupo –, sua formação não requererá, por si mesma, a livre práxis do trabalhador. A autora ainda explica que, por se tratar de uma estrutura consolidada externamente, a manutenção deste tipo de grupo independe da reciprocidade e do engajamento entre os sujeitos que o compõem – o que explica a solidão e a impessoalidade apreendida dentro destas formações.

A fim de compreendermos a sociabilidade dos psicólogos na APS, cabe levarmos em conta outros dois modos de formação grupal: a *organização* e a *institucionalização*. Sartre (2002) explica que a organização do grupo surge, pelos próprios sujeitos irão o compor, como um modo de estruturar o campo prático e de garantir a manutenção do coletivo em torno da finalidade para a qual foi criado. Neste funcionamento, todos os membros do grupo estão em comum acordo, visando um projeto unificado que será assegurado por eles mesmos, pelo juramento ou mediante a definição de uma estrutura que os organizarão. Sua materialização se dá pela divisão de funções e tarefas e por intermédio delas que será



mediada a reciprocidade dos membros do grupo. A institucionalização, por sua vez, é um processo posterior, que se constitui por meio da hierarquia e que surge a partir da necessidade de que as práxis sejam organizadas mediante fins reguladores. A finalidade, que antes (no grupo organizado), era definida e garantida pelos integrantes do grupo por intermédio de funções e tarefas, depois, no grupo institucionalizado, passa a ser apropriada por um terceiro ou instituição que retorna esta finalidade como uma exigência aos indivíduos. Neste momento, é a própria instituição, por meio de funções e tarefas prescritas, que começa a definir as práxis dos sujeitos e a garantir a totalidade do grupo, não mais o contrário. (Freitas, 2018)

Ao compararmos este modo de formação grupal com o encontrado no cotidiano da APS, podemos identificar uma diferença importante: nas UBS, a organização por meio de equipes não resultou das práxis dos próprios trabalhadores inseridos neste campo. Nesta circunstância, a consolidação da estrutura coletiva dos trabalhadores se deu de modo *institucional e hierarquizado*, sendo regulada por órgãos do poder executivo, como as Secretarias de Saúde e Ministérios de Saúde. No percurso de institucionalização das práticas deste campo, alguns modelos de trabalho foram atualizados a partir das experiências autóctones dos trabalhadores do SUS e da cogestão, tendo sido assimilados pelos órgãos públicos, enquanto outros, entretanto, não tiveram força para serem institucionalizados e apenas coexistem, de modo informal, junto aos modelos previstos.

Cabe considerar, contudo, que este campo prático possui uma autoria plural, sendo marcado por projetos de distintos sujeitos e grupos, que foram consolidados ao longo de diferentes circunstâncias e situações concreta. Embora possuam uma origem concreta e histórica, como não estão disponíveis àqueles trabalhadores que não estiveram presentes em sua produção, estes projetos podem também ser encarados como estranhos. Tal como a UBS está submetida às determinações do âmbito da gestão pública, os trabalhadores, por seu turno, frequentemente lidam com as mudanças e as discontinuidades de suas equipes de saúde – o que dificulta a convergência entre os projetos dos trabalhadores e as estruturas que definem seus trabalhos, fragilizando a reciprocidade trabalhador-trabalhador.

Inseridos em um espaço institucionalizado no passado – caracterizado pela divisão disciplinar universalizante – os psicólogos são mediados por recursos previamente produzidos, e que permanecem prescrevendo e indicando suas práxis. Embora haja uma

divisão de tarefas e procedimentos predefinidos pelo campo prático-inerte, os psicólogos nem sempre encontram, a partir deste modo operacional, recursos que o permitam atender às necessidades concretas e atuais. Nesse caso, quando permanecem reproduzindo este modo operante, o fazem pela determinação do campo prático, sem atualizarem este campo conforme suas necessidades.

A respeito da disciplinarização, constata-se que, embora esta divisão possa ter sido inicialmente necessária para a formação das equipes em saúde, já não tem sido suficiente para garantir o lugar da Psicologia na APS, uma vez que, quando restritos na prática disciplinar, os psicólogos vivenciam a impessoalidade e o isolamento no e do trabalho. Ao contrário de garantir pertencimento, os psicólogos revelaram que a disciplinarização do trabalho promove a fragmentação e a objetificação de suas práxis, decorrendo na permanência de uma condição de alienação, solidão e impotência. No modo instrumental pelo qual se organizam os psicólogos, e, igualmente, as equipes de saúde são mediados por um ser impessoal que os unem na serialidade, como elementos inumanos.

Tendo suas práticas mediadas por este prático-inerte, é possível que alguns psicólogos estejam apreendendo os próprios meios de suas ações como um ser em-si, isto é, como algo finalizado e determinado. Assim, por meio da síntese passiva das ações, escrevem uma história que se perpetua como “natural”. Cabe ressaltar, entretanto, que embora a finalidade das ações possa ser perpetuada como natural, a sobrevivência deste campo conservador é limitado: quanto mais o âmbito determinista representa uma ameaça ou barreira a consecução dos projetos destes trabalhadores, a necessidade de atualizá-lo se fortalece.

Ainda que a história seja consolidada na inércia, ela também clama por renovação, ao passo que situações e necessidades do campo social são inauguradas. Ao considerarmos a dimensão histórica das institucionalizações, somos capazes de perceber que as práticas já foram originais, pois surgiram na experiência empírica e singular, em algum “aqui-agora”. Além disso, reconhecendo a realidade do SUS, vemos que a necessidade de renovação é intrínseca: apesar deste sistema buscar nortear e unificar as práticas de cuidado, ele não consegue garantir-se por meio da materialidade concretizada no passado, pois depende, justamente, da livre práxis dos trabalhadores para que seja perpetuado. É por isso que surgem propostas transversais como a Política Nacional de Humanização - PNH, que reforça a

centralidade do *protagonismo*, da *cogestão* e da *corresponsabilidade* dos trabalhares como elementos primordiais para a prática de cuidado e gestão em saúde. Embora tenha sido nomeada uma política com o objetivo de reforçar estes princípios, a estratégia da PNH se resume a *tornar o fazer saúde uma prática coletiva, contingente e processual*, portanto, entende que o SUS não pode ser reduzido às práticas institucionalizadas.

A superação da inércia é necessária à história do SUS, mas, primordialmente, à vida coletiva. Considerando a livre práxis como fundamento ético da vida, Sartre (2002) ressalta a relação necessária e possível entre práxis e inércia:

[...] a práxis que, sem reconhecê-la, descobre a inércia de que é afetada pelo ser prático-inerte do agente prático. Do ponto de vista da ética, isso significa que valores estão ligados à existência do campo prático-inerte, em outros termos, ao inferno como negação da negação (o que mostra sua pseudopositividade é toda negativa) e que se [...] deve haver aí uma liquidação possível dessas estruturas, os valores desaparecerão com elas para redescobrir a *práxis* em seu livre desenvolvimento como única relação ética do homem na medida em que eles dominam juntos a matéria. O que faz a ambiguidade de toda moral passada e de toda moral atual é que a liberdade como relação humana descobre-se a si mesma, no mundo da exploração e da opressão, contra esse mundo e como negação do inumano através dos valores, mas que ela descobre-se aí alienada, perde-se aí, e, pelos valores, realiza, apesar de tudo, a exigência insuperável que o ser prático-inerte lhe impõe, ao mesmo tempo que contribui para uma organização que traz em seu bojo novas possibilidades de reorganizar o campo prático-inerte (pelo menos, a partir de novas circunstâncias).(p.355).

Conforme elucidado pelo filósofo, a liberdade é necessariamente contraditória. Ao mesmo tempo que o indivíduo nega o inumano, revelando outras alternativas em meio ao mundo da exploração e da opressão, também assevera um campo material que se impõe pelo prático-inerte. *Submetido a esta condição ambivalente, o SUS se equilibra, precisamente, na corda-bamba entre liberdade e determinação*. Por conseguinte, esta política não será preservada apenas por suas normas, pois depende do livre engajamento e da reciprocidade positiva criada entre trabalhador-trabalhador frente às situações adversas.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS: POSSIBILIDADES DE SER TRABALHADOR EM UM CAMPO ABERTO E EM DISPUTA

A dialética apenas consegue responder questões dialéticas. É o que Jean-Paul Sartre (1987) afirmava em *Questão de Método* ao introduzir a necessidade de um método dialético para compreender a história, as relações sociais, as produções humanas e a condição singular do sujeito na sociedade. Ao discorrer sobre as filosofias de sua época, o autor afirmava que, em sua dimensão abstrata e ideal do mundo, o objeto filosófico apenas se mantém vivo se for perpetuado pelas práxis que o engendra, ao passo que esta práxis, sendo “nascida do movimento social, ela própria é movimento e morde o futuro”. (p.114). Sob esta perspectiva da historicidade, o pensador nos ajuda a entender que qualquer abordagem explicativa ou compreensiva sobre a realidade, sem uma finalidade e ação que a atualize na materialidade, perde sua força e não consegue se transpor no futuro.

Ainda que Sartre (1987) estivesse se referindo a um processo de totalização do saber dentro de um determinado período histórico, a discussão por ele trazida nos ajuda a entender a difícil consolidação do SUS: o sistema, que fora precedido por um movimento político-ideológico, apresentou um ideal originário nascido em um determinado momento histórico, mas, ao passo que foi transposto para o âmbito jurídico e institucional, buscou se perpetuar enquanto um imperativo categórico para orientar as práticas deste campo. Como explicado por Sartre (1987), a filosofia não se dissocia do movimento da realidade, então, se estiver asseverada nela, sendo perpetuada como atual, é porquê ainda responde às necessidades práticas de alguma classe social ou coletivo.

Embora possa ser mantido por uma ideia reguladora e universalizante, o SUS, enquanto totalização em curso, não é passível de ser finalizado, ao passo que sua unidade, além de não estar findada no âmbito de suas produções sociomateriais, advém de uma pluralidade de oposições que se superam umas sobre as outras pela esfera da alteridade e da interpessoalidade. O SUS, como acontecimento, é, portanto, uma contradição e sua condição será esta mesma, ao passo que sua produção é necessariamente coproduzida: “certamente os homens não medem o alcance real do que fazem... Mas se a História me escapa não é devido ao facto de não ser eu a fazê-la: é porque o outro a faz também” (Sartre, 1987, p.61).

Considerando que sua constituição depende de uma multiplicidade de projetos, é possível que o imperativo regulador das práticas do SUS não esteja, necessariamente, sendo sustentado por todos aqueles que materializam este sistema. Se assim for, caso seja captado fora do contexto e das finalidades que justificavam seu ideal, o SUS perderá seu caráter transformador, bem como a singularidade que deve o empregar, se reproduzindo apenas como aparato técnico e institucional por aqueles que apenas o manejam na materialidade. Além disso, caso este ideal seja diluído na história, perdendo, portanto, seu sentido original, ele ficará estranho às massas de trabalhadores, que alienadas apreenderão o SUS como apenas uma norma alienante para as condutas ou então como uma realidade inalcançável e distante.

Ainda que, certamente, a política da APS deva regular e direcionar as ações dos psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde – objetivando um parâmetro para ações que ultrapassam o plano singular, uma vez que estão diretamente ligadas ao plano coletivo – se for apenas apreendida como uma moral pelos trabalhadores, não possibilitará saídas autônomas e criativas no trabalho. Como esclarece Silva (2010), a moral é uma necessidade a ser formulada *a priori* no plano do dever: “[...] a dimensão material da nossa ação se resolve no plano factual; mas a dimensão moral se vincula a deliberação, prescrição, norma, dever ou imperativo” (p. 20). Sendo assim, como se resolve a priori, não é pela moral que o sujeito pode produzir algo inovador.

A presença de práticas contraditórias à política da APS – como a assistência centrada na doença, o foco biologicista, o cuidado em consultório fechado, a atuação multiprofissional fragmentada – apenas se assevera na dimensão material porque são sustentadas pelas ações de sujeitos. Nesse sentido, podemos considerar que não é apenas mediante a promoção de capacitações e encontros técnicos que serão garantidas as mudanças nas práticas assistenciais, ou seja, *não será pela via normativa que as mudanças serão implementadas*.

Quando olhamos para a realidade nas UBSs, nos deparamos com um campo institucional permeado de normas e hierarquizações, que não proporciona efetivas experiências horizontais. Ainda que as políticas públicas determinem as finalidades pelas quais os trabalhadores do SUS devem trabalhar, estas finalidades são vividas pelos psicólogos como inviabilizadas pelas condições concretas e materiais. Para que os trabalhadores superem a escassez deste campo relacional, é fundamental que o grupo, por

eles composto, tenha alguma autonomia para agir sobre sua própria realidade. Conforme lembra Sartre (2002), o grupo somente "age sobre o objeto na medida em que age sobre si mesmo" (p.113). Sendo assim, *apenas será possível atuar sobre as forças que precarizam este campo, se o trabalhador conseguir agir sobre aquilo que também o precariza, junto àqueles que com ele trabalham este meio sociomaterial.*

A fim de facilitar esta condição grupal, as gestões em saúde poderão priorizar a promoção de espaços abertos para o coletivo dos trabalhadores, sem estabelecer, entretanto, prescrições e delimitações sobre seu modo de funcionamento e finalidade. Podendo se valer dos já consolidados espaços da *Educação Permanente em Saúde* ou dos *Grupos de Trabalho*, caberá aos facilitadores destes coletivos de trabalhadores apenas o papel de elucidar ao psicólogo sua situação dentro desta política, promovendo a reflexão crítica destes acerca das contradições e impasses que envolvem seu trabalho, sem, entretanto, assumir uma postura educadora e catequista sobre o SUS.

No atual momento histórico, em que a política da APS passa a ser cada dia mais desmantelada com o avanço selvagem da política neoliberal, cabe resgatarmos as reflexões trazidas por Fleury (1988) acerca da Reforma Sanitária. Segundo a autora, um dos erros da institucionalização de tal movimento consistiu na crença de que a consolidação de *componentes técnico administrativos e técnico-operacionais* seria suficiente para garantir esta luta. Ainda que, por meio da operacionalização de práticas, possamos pressionar alguns atores para que as mudanças no âmbito da Saúde sejam implementadas, a autora nos lembra que não é por meio do campo institucionalizado que vamos garantir a luta pela saúde enquanto direito social, mas sim por intermédio de “[...] *uma base social, uma coalizão de forças, cuja unidade é construída em torno do desejo, da utopia*” (Fleury, 1988, p. 205, grifo nosso).

Em face da necropolítica em andamento atualmente – que tem esmagado direitos historicamente conquistados e consolidados – nos deparamos agora com uma situação marcada por outra escassez: os componentes técnicos outrora institucionalizados estão sendo destruídos, portanto, surgirá a necessidade de que a práxis coletiva responda novamente às condições que ameaçam sua historicidade e as produções conquistadas por meio de seu livre movimento. Talvez, como resistência a esta situação ameaçadora, seja possível que nos apropriemos, novamente, da *história que também temos poder de produzir.*

## Referências

- Abdon C., Medina M.G., Fontoura M.S., Pereira R.A.G., Lopes S.R.M., Torres T. C. & Medina W. H. *O Programa de Saúde da Família: evolução de sua implantação no Brasil: relatório final*. 2002.
- Amarante P. *A trajetória da Reforma Psiquiátrica do Brasil*. In: Loucos pela Vida: a Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.
- Amarante P. *Revisitando os paradigmas do saber psiquiátrico: Tecendo o percurso do Movimento da Reforma Psiquiátrica*. In: Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1995.
- Andrade L.O.M, Barreto I. C.H, Bezerra R.C.A. *Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família*. In: Campos G.W.S. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro. Editora Fiocruz. 2006.
- Anéas T.V., Ayres J.R.C.M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. Botucatu: *Interface, Comunicação, Saúde, Educação*, 15(38); pp.651-62, jul./set. 2011
- Basaglia F. As instituições da violência. *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Editora Garamond Ltda; 2010/1942.
- Bauman Z. Danos Colaterais: desigualdades sociais numa era global. In: *O destino da desigualdade social em tempos líquidos-modernos*. Rio de Janeiro: Editora Zahar; pp. 56-69; 2013.
- Bauman Z. Identidade no mundo globalizante. In: *A sociedade individualizada: vidas contadas e histórias vividas*. (J. Gradei, Trad.). Rio de Janeiro: Editora Zahar; pp. 178-193; 2008.
- Bechara, Evanildo, Moderna Gramática Portuguesa. 38ª ed. Revista Ampl. Rio de Janeiro; Nova Fronteira. 2015.
- Benevides R., Passos E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Rio de Janeiro: *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (3); pp. 561- 571, jul./set. 2005.
- Birman J., Costa J. F. *Organização de instituições para uma Psiquiatria comunitária*. In: Amarante P. (Org.). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 41-72; 1994.

- Boarini M.L. O psicólogo e a Unidade Básica de Saúde: o desvio de rumo. In: Zanella A.V. et al. (Org.). *Psicologia e práticas sociais* [online], Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, pp. 376-387; 2008.
- Bock, A. M. B. As influências do Barão de Munchhausen na Psicologia da Educação. Em E. R. Tanamachi, M. Proença & M. Rocha (Orgs.), *Psicologia e educação: desafios teórico-práticos*. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2000.
- Campos G.W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva* [online]. 5(2), pp.219-230; 2000.
- Carreiro T.C. Sentidos da Clínica. *Clínica & Cultura*, 3(1), pp. 24-33; 2014.
- Conselho Federal de Psicologia. (2016). Resolução CFP N.º 03/2016. Altera a Resolução CFP n.º 013/2007, que institui a Consolidação das Resoluções relativas ao Título Profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro.
- Conselho Federal de Psicologia. (2010). *Práticas profissionais de psicólogos e psicólogas na atenção básica à saúde*. Conselho Federal de Psicologia; Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas. (Orgs.). DF: Editora Brasília Rádio Center, 1ª ed. 76 p.
- Contra a reformulação da PNAB*: nota sobre a revisão da Política Nacional de Atenção Básica. (2017). Recuperado de <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/notas-oficiais-abrasco/contra-reformulacao-da-pnab-nota-sobre-revisao-da-politica-nacional-de-atencao-basica/29798/>.
- Costa-Rosa A.; Luzio. C. A. & Yasui S. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: Amarante P. (Org.). *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. 1ª ed. Rio de Janeiro: Nau editora, pp. 13-44; 2003.
- Declaração de Alma-Ata* (1978). Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata.
- Delgado P. G. G. Por uma clínica da reforma: concepção e exercício. *Caderno Saúde Mental*. pp. 59 - 65; 2007.
- Dimenstein M. & Macedo J. P. Desafios para o fortalecimento da Psicologia no SUS: a produção referente à formação e inserção profissional. In: Spink M. J. P. (Org.). *A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 207-214; 2010.
- Fleury S. A questão democrática na saúde. In: (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. Editora Lemos. 1997.



- Fleury S. A reforma sanitária brasileira. In: Berlinguer G; Teixeira S; Campos G. *Reforma sanitária: Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec-CEBES. 1988.
- Freitas S. M. P. Psicologia Existencialista de Grupos e da Mediação Grupal. Contribuições do Pensamento de Sartre; 1ª ed. 285 p; 2018.
- Freitas S. M. P. A desreificação do método na Psicologia existencialista: partindo da experiência do (suposto) “conhecedor”. In: *Anais, II Colóquio Internacional sobre Sartre*, Maringá: 2019.
- Gioia-Martins D. & Rocha Júnior A. Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma? *Psicologia: Teoria e Prática*, 3 (1), pp. 35-42; 2001.
- Giorgi A, Giorgi B & Morley J. *The descriptive phenomenological. Psychological method*. (pp. 176-192). In: Willig C, Rogers W. S. (Ed). *The sage handbook of qualitative research in psychology*, Editora Sage Publications Ltd. 2017.
- Gomes M. C. P. A. & Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu, 9(17), pp. 287-301; 2005.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (2020). Projeção da população do Brasil e das Unidades da Federação. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
- Japiassu H. *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago. 1976.
- Kinoshita R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: Pitta A. (Org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. Editora Hucitec, 3ª ed. São Paulo. pp. 55- 59; 2010.
- Lei nº 10.216, Lei da Reforma Psiquiátrica de 06 de abril de 2001. Diário Oficial da União. Ministério da Saúde. Recuperado de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.html)
- Luz M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática": anos 80. *Physis* [online]. 1(1), pp. 77-96; 1991. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73311991000100004&lng=en&nrm=iso&tlng=pt)
- Machado J.R. & Carvalho de M. S. Os serviços da saúde na cidade de Maringá-PR: uma abordagem da centralidade urbana. *Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde*. Hygeia, 9 (17): p. 181 - 194; dez/2013. Recuperado de <http://www.seer.ufu.br/index.php/hygeia>
- Mansano, V. R. S. O Trabalho imaterial afetivo na área da saúde. *Perspectivas em Psicologia*. 11(1), pp. 86-92; 2014.

- Matarazzo J. D. Behavioral Health and Behavioral Medicine. *American Psychologist*. pp. 807-817; 1980.
- Martins, D.G & Júnior, A.R. *Psicologia da Saúde e o Novo Paradigma: Novo Paradigma?*. 3(1): p. 35-42; 2001. Recuperado de <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/1098>.
- Mello G. A., Fontanella B. J. B. & Demarzo M. M. P. Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde: origens e diferenças conceituais. *Rev. APS*.12 (2), pp. 204-213, abr./jun; 2009.
- Memórias da Saúde da Família no Brasil (2010). Secretaria de Atenção à Saúde: Ministério da Saúde. Brasília: DF. 146p.
- Merhy E. E. & Feuerweker L. C. M. *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*. In: Mandarino A. C. S. & Gomberg E. (Org). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, pp. 29-74; 2009. Recuperado de <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-25.pdf>
- Organização Pan-Americana da Saúde. *Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas*. 2008.
- Paim J., Travassos C., Almeida C., Bahia L. & Macinko J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *Séries: Saúde no Brasil 1*. [online]; 2011. Recuperado de [http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/arquivo/925_brazil1.pdf)
- Paim J.S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. S. Fleury (Org.). São Paulo: Lemos Editorial, pp. 11-22; 1997.
- Pires A. C. T. & Braga T. M. S. O psicólogo na saúde pública: formação e inserção profissional. *Temas em Psicologia*, 17(1), pp. 151- 162; 2009.
- Polignano M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural: textos de apoio*. Recuperado de <http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2165>. 2001
- Política Nacional de Atenção Básica*. (2012) Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Legislação em Saúde. Brasília: Distrito Federal. Recuperado de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica\\_ampliada\\_equipe\\_referencia\\_2ed\\_2008.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf)
- Portaria N° 3.088, de 23 de dezembro de 2011. *Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.

Recuperado de  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html)

*Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde* (1986). Ministério da Saúde. 29p.

Rotelli F., Leonardis O. & Mauri D. *A instituição inventada*. In: Nicácio F. (Org). *Desinstitucionalização*. 2ª ed. São Paulo: Editora Hucitec. 2001.

Rotelli F. Desospitalização: a transformação nas mãos dos técnicos. *Cadernos CRP-06*, São Paulo: CRP/06. 1991.

Rotelli F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: Amarante P. (Org). *Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 150 p; 1994.

Santos M. & Silveira M.L. O Brasil: território e sociedade no início do século XXI. 9ª ed. Rio de Janeiro: Record, pp.249-301; 2006.

Sartre J.P. *O ser e o nada*: ensaio de ontologia fenomenológica. (P. Perdigão, Trad.). 24ª ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes. 2015/1943.

Sartre J.P. *Crítica da razão dialética*: precedido por Questões de método. (G. J. de F. Teixeira, Trad.). Rio de Janeiro: DP&A. 2002/1960.

Sartre. J. P. *Esboço de uma teoria das emoções*. (P. Neves, Trad.). Porto Alegre: L&PM, 2006/1939.

Sartre. J. P. *Em defesa dos intelectuais*. (S. G. de Paula, Trad.). Editora Ática. 1994/1972. 72p.

Sartre J.P. *Questão de Método*. (B. P. Júnior, Trad.). In: Sartre J.P. O existencialismo é um humanismo; A imaginação; Questão de método. (R. C. Guedes, Trad. L. R. S. Forte, Trad. B. P. Júnior, Trad.). 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987; p. 111- 191.

Sartre J.P. *A Imaginação*. (P. Neves, Trad.). Porto Alegre: L & PM. pp. 119-145; 2008/1936.

Silva F. L. Literatura, ética e política em Sartre. *Teresa: Revista de Literatura Brasileira*, 10(11), pp. 16-26; 2010.

Spink M.J. & Matta G.C. A prática profissional Psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: Spink M. J. (Org.), *A psicologia em diálogos com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo. pp. 25-52; 2010.

### **Apêndice A – Roteiro semiestruturado para a entrevista**

- 1) Conte-me sobre sua escolha pela Psicologia.
  
- 2) Como foi, durante sua formação acadêmica, o ensino sobre o campo da saúde pública? Se teve esta formação, como a apreendeu e como a apreende agora?
  
- 3) Quais motivos você considera terem te impulsionado a escolher o campo da saúde e o da Atenção Primária à Saúde para atuação?
  
- 4) Quais princípios e compromissos você considera norteadores para a prática da Atenção em Saúde na Saúde Pública e Atenção Primária à Saúde?
  
- 5) Como ocorrem as interseções entre você e o seu trabalho, enquanto psicólogo na Atenção Primária à Saúde, e as políticas públicas que regulamentam a atuação neste serviço?
  
- 6) Quais são os desafios enfrentados por você no cotidiano desta Unidade Básica de Saúde?
  
- 7) Como tem sido para você ser psicólogo da Atenção Primária à Saúde e como você se sente em relação a seu trabalho?
  
- 8) Quais recursos de enfrentamento você utiliza para superar as dificuldades enfrentadas? E quais espaços você encontra para buscar suporte?

## Apêndice B – Termo de consentimento livre e esclarecido

A(O) sr<sup>a</sup> (sr.) está sendo convidada(o) a participar da pesquisa intitulada **Psicólogo enquanto trabalha(dor) da Saúde: reflexões sobre o papel do psicólogo na Unidade Básica de Saúde e seus desafios**, que dará subsídios para a elaboração da dissertação de mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), sob a orientação do Prof. Dr. Guilherme Elias da Silva (Programa de Pós-graduação em Psicologia - UEM) e sob a coorientação da Profa. Dra. Sylvia Mara Pires de Freitas (Programa de Pós-graduação em Psicologia - UEM). Esta pesquisa tem como objetivo **compreender o Ser psicólogo na Atenção Primária à Saúde dentro das Unidades Básicas de Saúde**. Diante deste objetivo, será necessário obtermos relatos dos(as) psicólogos que atuam em Unidades Básicas de Saúde e que fazem parte de cada um dos distritos de saúde que compõem o município de Maringá – PR. Para tanto, serão realizadas entrevistas semiestruturadas, a fim de que sejam aprofundadas as questões particulares acerca do trabalho do psicólogo na Atenção Primária à Saúde em cada território, da relação deste trabalho com as políticas públicas que regulamentam a atuação neste serviço e de como cada psicólogo lida com os desafios que surgem na prática de seu trabalho. Informamos que, por abordar questões referentes às vivências e às percepções acerca de seu cotidiano do trabalho, você poderá sentir-se desconfortável ou inseguro. Caso ocorra algum incômodo, a entrevista poderá ser interrompida e será dada continuidade posteriormente se lhe for conveniente. Conforme necessário, serão realizadas intervenções adequadas para preservar o diálogo, cuidando de seu bem-estar. Gostaríamos de esclarecê-lo(a) que esta pesquisa tem como compromisso fortalecer e valorizar o trabalho do psicólogo na Unidade Básica de Saúde e, por meio dela, auxiliar os psicólogos a pensar estratégias para superar alguns desafios desta prática e, quiçá, realizar encaminhamentos possíveis de serem operacionalizados para a melhoria deste trabalho. A sua participação, entretanto, deve ser totalmente voluntária, podendo você recusar-se a participar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Esclarecemos ainda que as informações coletadas por esta pesquisa serão utilizadas somente para os fins descritos acima e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. Para o registro das entrevistas prevemos a utilização de um gravador de áudio, para que os conteúdos das falas dos participantes possam ser posteriormente transcritos, com o devido cuidado para preservação do sigilo e proteção de sua identidade. Os arquivos destas gravações serão apagados, logo após o término da pesquisa. Caso concorde ou não com a gravação das entrevistas, você deverá assinalar abaixo, em campo específico. Esperamos que a pesquisa colabore com o serviço, proporcionando um momento reflexivo acerca das possibilidades e limites do trabalho do psicólogo na Unidade Básica de Saúde.

Caso você tenha outras dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos, poderá nos contatar por meio dos dados informados abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta neste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo que uma delas, devidamente preenchida e assinada, será entregue a você ao fim da entrevista. Além de dever assinar todos campos específicos apontados, junto ao pesquisador, solicitamos que você rubrique todas as folhas deste documento, o deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof. Dr. Guilherme Elias da Silva e coorientada pela Profa. Dra. Sylvia Mara Pires Freitas. Declaro também, que ( ) CONCORDO ( ) NÃO CONCORDO que a entrevista seja registrada por meio de um gravador de áudio.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Assinatura do(a) entrevistado(a)

Eu, **Priscila Ferreira de Oliveira**, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supranominado.

\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Pesquisadora

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com a pesquisadora e os orientadores, conforme o endereço abaixo, respectivamente informados:

Nome: Priscila Ferreira de Oliveira

Email: *priscilaferreirad.oliveira@gmail.com* – Contato: (44) 99145.4628.

Nome: Prof. Doutor Guilherme Elias da Silva - Orientador

Email: *guilhermin@hotmail.com* – Contato (44) 99936-6204.

Nome: Profa. Doutora Sylvia Mara Pires Freitas - Coorientadora

Email: *sylviamara@gmail.com* – Contato: (44) 99700.4881.

Dúvidas em relação aos aspectos éticos da pesquisa poderão ser esclarecidas com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa COPEP - UEM, que realiza o acompanhamento das pesquisas desenvolvidas na Universidade Estadual de Maringá que envolvem seres humanos, em atendimento ao disposto na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, e normas complementares.

**Endereço COPEP/ UEM:**

Av. Colombo, 5790. Zona 7. Campus Sede da UEM - Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – sala 4. CEP 87020-900. Maringá – PR.

Tel: (44) 3011-4444/ 3011-4597 E-mail: *copep@uem.br*.

**Anexo A – Parecer Consubstanciado do CEP**



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Psicólogo enquanto trabalha(dor) da Saúde: reflexões sobre o papel do psicólogo na Unidade Básica de Saúde e seus desafios

**Pesquisador:** Guilherme Elias da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14107519.0.0000.0104

**Instituição Proponente:** CCH - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.367.577

#### **Apresentação do Projeto:**

Trata-se de projeto de pesquisa proposto por pesquisador vinculado à Universidade Estadual de Maringá. A presente pesquisa não comporta intervenção direta no corpo humano, caracterizando-se pela adoção de múltiplas perspectivas teórico-metodológicas, preponderando a aplicação do contido na Resolução 510/2016-CNS.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Compreender o ser psicólogo na Atenção Primária à Saúde dentro das Unidades Básicas de Saúde. Objetivo Secundário: Compreender como os(as) psicólogos(as) significam os campos da Saúde Pública e da Atenção Primária à Saúde;-Entender com quais compromissos os(as) psicólogos(as) da Atenção Primária à Saúde se envolvem no trabalho nas Unidades Básicas de Saúde; Conhecer como ocorre seus trabalhos nesta área específica: como são operacionalizados os processos técnicos e organizativos do trabalho do psicólogo na Atenção Primária à Saúde no município de Maringá-PR. Compreender quais os desafios que os(as) psicólogos(as) consideram enfrentar e quais necessidades apreendem no campo prático, para que consigam desempenhar seus compromissos.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Avalia-se que os possíveis riscos a que estarão sujeitos os participantes da pesquisa serão suplantados pelos benefícios apontados.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
 UF: PR Município: MARINGÁ  
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br





UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 3.367.577

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de pesquisa qualitativa, fenomenológica e de cunho compreensivo, realizada através de entrevistas semi-estruturadas para acessar a vivência e a percepção de 4 (quatro) psicólogos das UBSs dos respectivos distritos de saúde, cujo território, na ordem de número populacional, possui maior abrangência no município de Maringá. Utilizaremos como técnica fenomenológica o modelo empírico-compreensivo de Amedeo Giorgi que propõe que a redução fenomenológica sirva como elemento lógico estrutural da captação do fluxo intencional em uma comunicação do vivido, embora não se pretenda com ela alcançar um grau de pureza transcendental. Realizaremos o levantamento inicial do conteúdo da entrevista a partir de três momentos reflexivos: da descrição fenomenológica, que terá como matéria um conhecimento imediato acerca da realidade percebida; da redução fenomenológica, que corresponde a um movimento de suspensão de valores e significados naturalizados previamente; e da análise dos fenômenos, que permitirá o acesso ao sentido dado por cada participante às questões abordadas na entrevista. Na primeira etapa, buscaremos, descrever a situação do fenômeno estudado e entender o todo situado pela transcrição. Na etapa de realização da descrição fenomenológica serão realizadas a transcrição dos dados empíricos obtidos pelas entrevistas, e, posterior leitura da descrição, de modo pré-reflexivo e sob redução fenomenológica. Na segunda etapa, a partir da leitura atenta e minuciosa dos dados serão discriminados, de acordo com a sequência em que surgirem, unidades de significados nos conteúdos enunciados por cada entrevistado. Ao fim, reuniremos os enunciados com significados comuns, a fim de (re)construir as respectivas expressões cotidianas numa linguagem psicológica. Após a descrição das entrevistas, serão discriminados, de acordo com a sequência em que surgirem, significados no conteúdo enunciado por cada entrevistado(a). A seguir, os enunciados com significados comuns serão reunidos, de modo a (re)construir as respectivas expressões cotidianas numa linguagem psicológica. Da síntese dessas unidades de significados, de cada entrevistado(a), colocar-se-á em questão como cada um apreende, em sua singularidade, a universalidade do trabalho do psicólogo em Unidades Básicas de Saúde. Em movimento inverso, aspectos comuns, divergentes e idiossincráticos, entre os enunciados, serão reconhecidos com a finalidade de verificar criticamente o aspecto universal do fenômeno em questão. Os aspectos unívocos serão o que caracterizarão a singularidade do papel do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. Os resultados obtidos serão compreendidos sob a luz do pensamento de Jean-Paul Sartre e de sua proposta antropológica e a partir de pesquisadores contemporâneos que abordam sobre Saúde Pública no Brasil, Saúde Coletiva e desafios do Sistema Único de Saúde.

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
 UF: PR Município: MARINGÁ  
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
MARINGÁ



Continuação do Parecer: 3.367.577

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresenta Folha de Rosto devidamente preenchida, carimbada e assinada pelo Chefe do Departamento de Psicologia da UEM – DPI, Lucas Martins Soldera. O cronograma é incompatível com a realização do projeto. Recomenda-se fazer o cronograma, visto que as entrevistas ocorreriam em maio de 2019, período no qual a pesquisa ainda não havia passado pelo COPEP. O Orçamento será de responsabilidade do pesquisador. Apresenta TCLE em linguagem simples e acessível aos participantes, mas apresenta erro. Corrigir o TCLE, no que se refere a seguinte afirmação específica do autor: “Caso concorde ou não com a gravação das entrevistas, você deverá assinar abaixo, em campo específico”. O TCLE só deve ser assinado se o sujeito de pesquisa concordar em participar, caso contrário, ele não participará e portanto não deve assinar o termo. Apresenta autorização da Comissão permanente de avaliação de projetos da Secretária de saúde da Prefeitura do Município de Maringá – CECAPS, para realização da pesquisa nas UBSs do município. Somente iniciar a coleta de dados após a aprovação final do protocolo por este Comitê.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá é de parecer favorável à aprovação do protocolo de pesquisa apresentado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Face ao exposto e considerando a normativa ética vigente, este Comitê se manifesta pela aprovação do protocolo de pesquisa em tela.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1301571.pdf	16/05/2019 09:13:49		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoCECAPES.pdf	16/05/2019 09:11:50	PRISCILA FERREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	apendice.doc	26/02/2019 09:06:15	PRISCILA FERREIRA DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_me_final.pdf	26/02/2019 09:06:03	PRISCILA FERREIRA DE OLIVEIRA	Aceito

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
 UF: PR Município: MARINGÁ  
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br



Continuação do Parecer: 3.367.577

Cronograma	cronograma.doc	26/02/2019 08:55:35	PRISCILA FERREIRA DE	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto2019.pdf	25/02/2019 12:13:46	PRISCILA FERREIRA DE	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

MARINGA, 04 de Junho de 2019

---

**Assinado por:**  
**Ricardo Cesar Gardiolo**  
**(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Colombo, 5790, UEM-PPG, sala 4  
 Bairro: Jardim Universitário CEP: 87.020-900  
 UF: PR Município: MARINGA  
 Telefone: (44)3011-4597 Fax: (44)3011-4444 E-mail: copep@uem.br