

CAROLINA HELENA ALMEIDA DE MORAES SOMBINI

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 20 de Fevereiro de 2004.


Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio
Orientador

***A PSICOLOGIA NO PROJETO PAIDÉIA, DO CONSULTÓRIO
AO TERRITÓRIO?***

**Os psicólogos e a política de Saúde Mental da Secretaria Municipal
de Saúde - Campinas**

CAMPINAS

2004

CAROLINA HELENA ALMEIDA DE MORAES SOMBINI

***A PSICOLOGIA NO PROJETO PAIDÉIA, DO CONSULTÓRIO
AO TERRITÓRIO?***

**Os psicólogos e a política de Saúde Mental da Secretaria Municipal
de Saúde - Campinas**

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas, para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

ORIENTADOR: PROF. DR. LUIZ CARLOS DE OLIVEIRA CECÍLIO

CAMPINAS

2004

UNIDADE BC CAMP
CHAMADA So52p
EX
COMBO BC 6294
PROC. 16.86.05
C D
PREÇO 1,00
DATA 01.3.05
Nº CPD

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

lib. id 345685

So52p

Sombini, Carolina Helena Almeida de Moraes

A Psicologia no Projeto PAIDÉIA, do consultório ao território? Os psicólogos e a política de saúde mental da SMS- Campinas / Carolina Helena Almeida de Moraes Sombini. Campinas, SP : [s.n.], 2004.

Orientador : Luiz Carlos de Oliveira Cecilio
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde Pública. 2. Saúde Mental. I. Luiz Carlos de Oliveira Cecilio. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Membros:

1. Profa. Dra. Florianita Coelho Braga Campos

2. Profa. Dra. Maria da Graça Garcia Andrade

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS.

Fevereiro/2004

DEDICATÓRIA

À VOCÊ, Zé meu amor,
companheiro de todas as horas...
*“A minha voz que era da amplidão
do universo, da multidão
hoje canta só por você”...*
(Caetano)

Ao LURA e a NANA,
maravilhosos distraídores,
poeticamente inspiradores...

À minha MÃE,
De quem herdei a indignação,
a paixão e a poesia...

À ANITA, psicóloga inspiradora,
Professora, amiga...
*“antimanicomial e poeta
da raiz do cabelo
até o dedão do pé”*

e,

IN MEMORIAN

De minha AVÓ, que com ternura
me introduziu no mundo,
flutuando em fantasia...

Lembrete

Não deixe portas entreabertas.

Escancare-as

Ou bata-as de vez.

Pelos vãos, brechas e fendas

Passam apenas semiventos,

Meias verdades

E muita insensatez.

(Flora Figueiredo)

AGRADECIMENTOS

Enfim, posso fechar a porta e escancorar a voz, mas antes meus agradecimentos...

Às psicólogas, que estão construindo bravamente a reforma na assistência, e que tão gentilmente me receberam, sem elas nada disso seria possível...

AOS AMIGOS E COMPANHEIROS DE LUTA:

No início, a força do pessoal da PUCC para fazer o projeto e ingressar no Mestrado, Anita, Elza, Val e Flaviana. E mais, à Bel, Denise Ferriani e às educadoras do PROGEN; ao TC e ao pessoal da Casa de Cultura Taina; às pessoas do Centro de Convivência e Cooperativa Toninha, Seu Araújo, Iara, Denise Mulatti e todos com sua incrível capacidade de sonhar e resistir...; às equipes dos Centros de Saúde Balão e Integração, a Beth Smeck, a Ângela (psi) e Stela Mini. À Maria da Penha e ao Wictor que, em sua dor, mostraram-me tantas possibilidades de vida.

Na Unicamp, outros companheiros que tornaram mais fácil a empreitada de querer ser mestre, os psis, desbravadores da Saúde Pública comigo, Ilídio e João de Deus. E mais, Gelson, Rafaela e Katlin.

Ao apoio técnico da Célia e suas aulas de inglês, que me possibilitaram passar por mais uma etapa e ao Eduardo que prontamente me ajudou com a transcrição das fitas, à Patrícia, que cuida da casa pra mim, à Leoci, que suporta todas as minhas trapalhadas, à Prof. Mariliza, pela força, ao Ivy, pela pronta tradução do resumo e ao CNPQ, pela concessão de bolsa.

A todos do Caps Novo Tempo, minha Pasárgada, nesse caminho alucinante da Reforma Psiquiátrica, quase me fizeram esquecer meus prazos... Mas, com eles, quanto cresci, com certeza sou hoje melhor do que era antes... Flaviana e Déia, TOs arretadas, companheiras e guerreiras de muitas batalhas cotidianas... Ao Colegiado Gestor, espaço de construção democrática, com a Rosa que sempre permitiu a autonomia da equipe... E claro, principalmente a todos os usuários, representados por alguns: Claudécir, Leonardo e Francisca, Marias Andréias, Dorival, Antonio Bolívar, Mario Antonio, Bruce Lee, Thiago, Luzia e Adativa (eternas rivais), Kelly Regina, Reinaldo, Adevaldo, Luzinete, Aparecido e Osvaldo Marani (voaram livres)...

Ao Luciano Lira, que tem me esperado e estimulado, companheiro na minha loucura de tese.

À equipe do CS Itatinga.

Ao Colegiado da Mental. Turma dos que não se conformam, Anita, Clarice, Stella, Gabi e Rosa. E mais, Juarez, Suzana, Cristoph, Lú e Ana Carla.

Clarice e Stella, com vocês somos nós, nó cego e faca amolada, espanto e esperança, força e ternura, cansaço e feitura, malabaristas de sonhos.

À turma da NORÔ, que tem suportado a minha ausência, meu cansaço, mau humor... Alguns estão mais próximos nessa empreitada de ser Apoiadora da Mental e terminar mestrado; apoiaram-me, ensinaram e cuidaram de mim, Vivi, Cláudia e Marco Aurélio (meus superapoiadores!), a Rosangela sempre bem humorada e Mena a superchefe, com suas tiradas e sacadas, além das belas poesias, entendeu-me, suportou, liberou, aconselhou... Ultimamente andamos filosofando “Tá ruim, mais tá bão!”

À equipe do Caps Integração, sem medo de ser feliz, apesar de toda a adversidade...

Às equipes de mental da Noroeste, Ângela e Denise; Sandra e Ana; Silvana, Sandra, Claudia e Lívia; Adriana, Ariadne, Liliam, Samir e Luiz... E o Val (de novo!) e as estagiárias da psico, A Elza sempre serena... A Zil e as meninas da clínica sempre no meu caminho... Todos inventores de um novo fazer na Mental...

Às equipes dos Centros de Saúde da NORÔ, que acreditam, acreditam e constroem no cotidiano novas práticas em Saúde Mental...

Aos amigos que de longe torceram por mim, em percursos e momentos diferentes... Wande, Marina e Rê, Pedro, Marco, Marta, Válter e Roseli, Cris, Fátima Riani e Liz (o mundo era melhor com você), Edu e Marli (agora no Planalto), Val e Luciana (a vida era mais suave e engraçada quando a gente ouvia seu riso), Nira e Marquinhos...

Aos amigos que de perto cuidaram de mim, torceram, animaram... Ivana, amiga para sempre, ouvindo e transcrevendo fitas e todas as minhas loucuras... Almê e Pedro, “gracias” pelos fins de tarde, com conversa mansa, cerveja gelada, cães, flores e varanda, e muita, muita ternura e risos...

À MINHA FAMÍLIA QUE BRAVAMENTE SUPORTOU COMIGO:

Ao Zé, COMPANHEIRO, cuidou de mim e suportou todas as minhas dores, loucuras, choros, pesadelos, e sempre, sempre acreditou que eu ia conseguir, sem o seu amor eu não conseguiria... Aos meus filhos LURA E NANA, suportaram com bravura a minha ausência, o mau humor, o cansaço, as férias sem sair de casa, ajudaram com sucos, lanches (principalmente a Nana que tem dons culinários) e com cafunés e massagens, e mais que tudo continuaram me amando, mesmo quando eu era insuportável até para mim mesma, enchendo o ar com risos, música e algumas encrencas para quebrar a monotonia... À minha mãe, como cuidou de mim... Com almoço, flores, café, cafuné e estímulos, sem ela realmente seria impossível... Ao Hernandez, meu paizão, auxiliar para todos os assuntos: veterinários, econômicos, transportes e emocionais... Ao Mó, trancrevendo fita, me levando para cima e para baixo quando eu já estava quase alucinando e a Helô que faz a

vida do MÓ melhor... Ao Tico (irmão urso), Eliane e agora a Marianinha que nasceu junto com a análise e conclusão... Ao Betinho que leva o Lura pra pescar... Ao Pedrinho e Daniel, que me enchem de ternura quando me chamam de tia Cá... Ao meu pai (com suas flores) e a Júlia (com seus cães)... À Fernanda, Fernando e Lorenzo (mesmo de longe tá valendo!)... À Bisa Vitória, maravilhosa, com suas flores, bichos e incrível bom humor e amor à vida... Ao Didi e Cynthya, e-mail, e-mail, possibilitaram minha comunicação com a orientação... Ao Jairo que ajuda o Zé em correrias minhas... Ao Tchuri (meu outro Paizão!) e Guitika que de Cunha mentalizam... À Buca, incansável na sua procura (lembre que você não é o medo...), o Vitinho e a Maria, cristalinos como as crianças devem ser... E mais, a Nena, Tarso e Ciro. À Lídia, por um tudo que foi pra mim... A Nala que literalmente pariu comigo na véspera de entregar a dissertação...

À Anita, minha professora, com quem eu descobri o rumo que queria para a minha vida profissional, faz parte da minha história, está aqui do começo ao fim...

Ao Luiz Cecílio, ORIENTADOR mesmo! Foi meu rumo, meu prumo, suportou e me esperou, e depois orientou, acolheu, responsabilizou, vinculou (mesmo com dor!), se aventurou na minha viagem pela Mental, sem ele eu teria naufragado, meu carinho e profundo respeito, espero que aprecie a nossa construção...

A este lugar com sua exótica aridez, ao que vejo de minha janela, o céu, meu jardim, os pássaros e seus sons, o silêncio, meus gatos, enfim, à vida que é bonita, é bonita e é bonita...

“não tem ALTURA o silêncio das pedras”

(MANOEL DE BARROS)

“e o PULSO ainda PULSA”

(Arnaldo Antunes)

“Conhecer as manhas

e as manhãs,

o sabor das massas

e das maçãs”...

(Renato Teixeira/Almir Sater)

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	xxix
ABSTRACT	xxxiii
APRESENTAÇÃO	37
INTRODUÇÃO	43
FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO: CONSULTÓRIO, O PALCO DA CLÍNICA...	45
Abre-se A cortina: o psicólogo adentra a saúde pública.....	50
A formação do psicólogo: a necessidade de um novo “script”.....	64
Fechando a cortina: repensando a cena.....	69
NA TRILHA DA SAÚDE MENTAL: CAMPINAS EM CENA	75
Contextualizando a assistência em Saúde Mental.....	75
Primeiro ato: Atenção Primária à Saúde.....	82
Segundo ato: o modelo territorializado.....	89
Redesenhando o território: as possibilidades de novos mapas.....	102
A INTEGRALIDADE EM SAÚDE MENTAL: O TERRITÓRIO E A CONSTRUÇÃO DE OUTROS “SETTINGS”	105
Integralidade e interdisciplinaridade: possibilidades na atenção.....	106
O território e a construção de outros “settings”.....	112
PROCESSO DE TRABALHO E CLÍNICA AMPLIADA: ALINHAVO DE SABERES E PRÁTICAS	117
OBJETIVOS E MÉTODOS	139
ESCUA... A METODOLOGIA EM AÇÃO	141

RESULTADOS E DISCUSSÃO	151
“A VOZ DO DONO E O DONO DA VOZ”: AS REPRESENTAÇÕES DOS PSICÓLOGOS SOBRE A SUA PRÁTICA.....	153
O psicólogo representando seu trabalho: consultório e território.....	155
O psicólogo olhando o gestor: apoio e abandono.....	157
A rotina de trabalho.....	157
A defesa do consultório: a força do instituído.....	164
A construção de outros “settings”: a força do instituinte.....	180
O psicólogo definindo o matriciamento: auto-referência e compartilhamento.....	189
O apoio matricial, o que é?.....	189
O matriciamento auto-referente.....	194
O cerceamento no cotidiano.....	200
O matriciamento compartilhado.....	213
As possibilidades em construção.....	221
O psicólogo olhando o gestor: apoio e abandono.....	229
Sentem-se valorizados?.....	230
Como olham as diretrizes?.....	233
Que tipo de apoio é oferecido?.....	238
CONCLUSÃO	249
“O SHOW DE TODO ARTISTA TEM QUE CONTINUAR...”.....	251
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	263
ANEXOS	271
Anexo 1.....	273

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIS	Atenção Integral à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
CEBS	Comunidades Eclesiais de Base
CEVI	Centro de Vivência Infantil
CNPQ	Centro Nacional de Pesquisa
CNS	Conselho Nacional de Saúde/ Conferência Nacional de Saúde
CONASP	Conselho Consultivo de Administração Previdenciária
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
CRIAD	Centro de Referência e Informação sobre Alcoolismo e Drogadição
CRP	Conselho Regional de Psicologia
CRST	Centro de Referência de Saúde do Trabalhador
CS	Centro de Saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EUA	Estados Unidos da América
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
HIV	Agente Infeccioso Causador da AIDS
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

LEMC	Laboratório de Educação Médica para a Comunidade/UNICAMP
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAC	Núcleo de Atenção à Crise
NADEQ	Núcleo de Atenção ao Dependente Químico
NEC	Núcleo de Educação Continuada
NOT	Núcleo de Oficinas Terapêuticas
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não-Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PMC	Prefeitura Municipal de Campinas
PA	Pronto Atendimento
OS	Pronto-Socorro
PSF	Programa de Saúde da Família
PT	Partido dos Trabalhadores
PTI	Projeto Terapêutico Individual
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PUCC	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
SADA	Serviço de Apoio às Dificuldades de Aprendizagem
SAMU	Serviço de Atendimento de Urgência Municipal

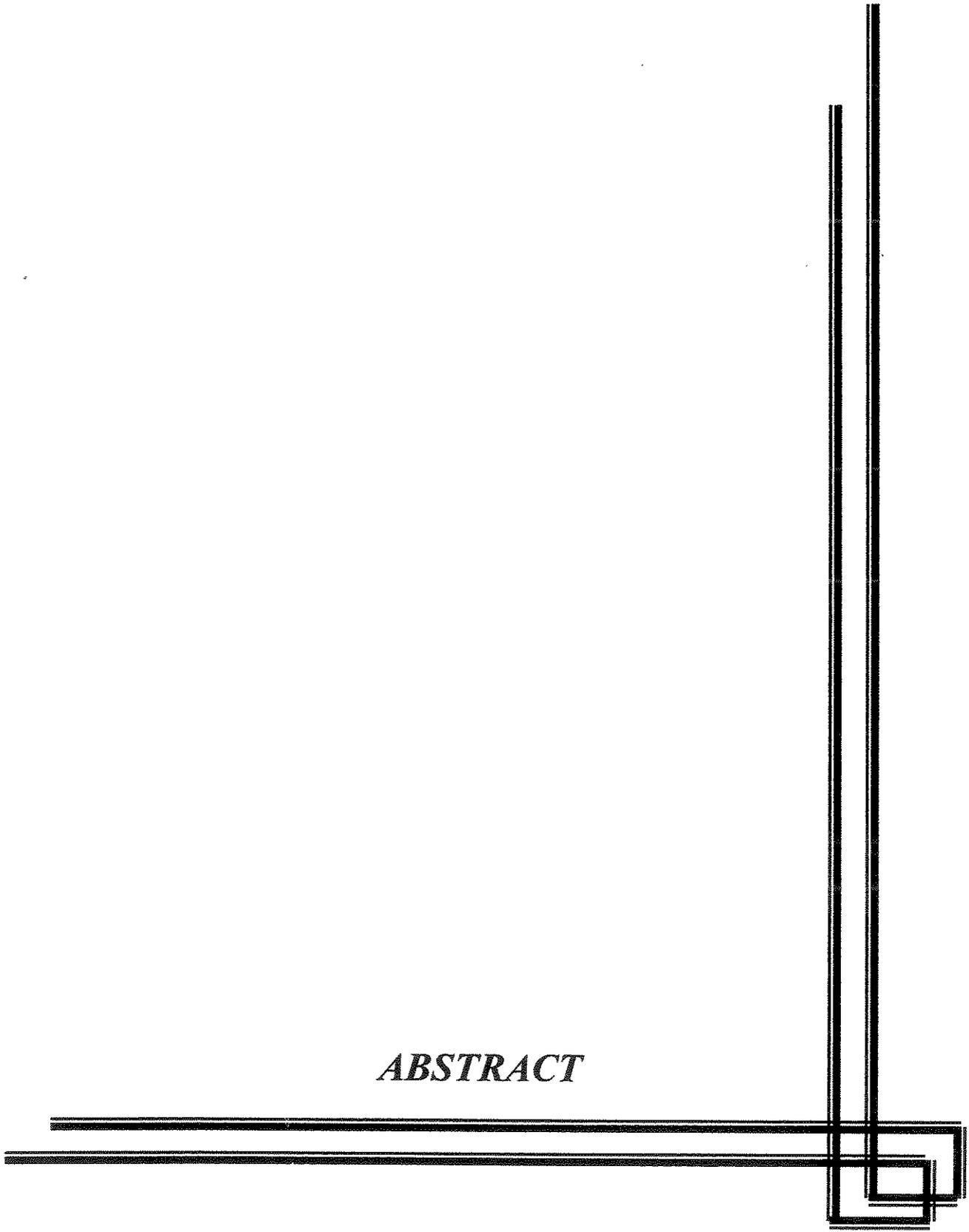
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SSCF	Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TO	Terapeuta Ocupacional
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

RESUMO

A Secretária Municipal de Saúde de Campinas está investindo, desde 2001, na implantação de um modelo assistencial, o PAIDÉIA. Dentro dele a política de saúde mental assume características muito marcantes, na lógica da territorialidade, desinstitucionalização, responsabilização, vínculo, acolhimento, assistência em rede e ações intersetoriais, na qual as famílias de um determinado território tornam-se responsáveis de uma equipe de saúde. Esta política resulta, como era de se esperar, em forte impacto sobre os processos de trabalho dos psicólogos inseridos em Centro de Saúde, freqüentemente indo de encontro às suas representações e identidade profissional. Essa investigação foi um esforço de caracterizar como estes profissionais têm se posicionado diante da política de saúde mental do município e como vêm os impactos sobre suas práticas concretas. O presente trabalho teve por objetivo geral caracterizar as representações dos psicólogos da rede municipal de saúde de Campinas perante as diretrizes de saúde mental do município; e, específicos: caracterizar os atributos da política de saúde mental de Campinas; descrever como os psicólogos pensam a sua prática cotidiana; e verificar o que o psicólogo percebe como mudança em suas práticas com a implantação do PAIDÉIA. Utilizou-se a metodologia qualitativa, através de entrevistas com 15 dos 20 psicólogos inseridos na rede municipal antes de 2001. A análise dos textos dos entrevistados foi feita a partir de uma interpretação hermenêutica-dialética, que levou a algumas conclusões que apontam caminhos para se pensar a inserção do psicólogo no projeto de Saúde Mental em Campinas. A partir de uma diretriz institucional, que pressiona para a mudança da prática do psicólogo, no CS, inicia-se um processo dialético, do qual fiz escuta e de onde surgem algumas questões: o psicólogo, ao colocar-se enquanto apoiador matricial da equipe de saúde inicia, a partir de uma mudança no seu processo de trabalho, a possibilidade de construção de uma clínica mais consistente e resolutiva, ao mesmo tempo em que auxilia a ampliação da clínica de outros profissionais; o matriciamento pode se dar através de uma lógica auto-referente ou compartilhada, dependendo de seu posicionamento dentro da equipe de PSF. Existe uma resistência por parte desses profissionais em alterarem a prática de atendimentos em consultório, o que é, de certa forma, sentido como uma ameaça de destruição de seu núcleo profissional, compreendido como sinônimo de psicoterapia; o número de profissionais não aumentou na mesma proporção que a demanda com necessidade de atenção em saúde mental; existe uma dificuldade dos outros profissionais entenderem o projeto e assumirem a

nova proposta da Saúde Mental; a relação entre gestores e trabalhadores é marcada pela tensão e sensação de abandono em função das dificuldades do projeto; a formação não prepara o psicólogo para a realidade do serviço público; são descritas experiências inovadoras que ocorrem a partir da inserção do psicólogo na equipe de saúde da família.

ABSTRACT



Since 2001, the Health Department of the City of Campinas has invested in the deployment of an assistential model known as *Paidéia*. Within this model the mental health policy assumes relevant features concerned with the logic of territoriality, disinstitutionalization, responsabilization, entailment, sheltering, network assistance and intersectorial actions where the families belonging to a certain territory grow into being the responsibility of a certain health team. As expected, this policy results in a remarkable impact on the working process of the psychologists who are introduced to a Health Center, which is often in shock against its representations and professional identity. This investigation stands for an effort to characterize how those professionals have positioned themselves before the mental health policies in the city and how they understand the impacts on their concrete practices. The general objective of this work was to characterize the representations which were taken by the psychologists of the health network in the city of Campinas in relation to the municipal mental health guidelines. The specific objectives were to: characterize the attributes related to the Campinas mental health policy; describe how the psychologists think over their daily practices; and check what is perceived by the psychologists as being a change in their practices through the deployment of *Paidéia*. A qualitative-basis methodology was used by means of interviews with 15 from among the 20 psychologists inserted in the municipal network before 2001. The text yielded by the interviewees was analysed having an hermeneutic-dialectical interpretation as a starting point. This led to a few conclusions which point out to some ways of thinking the insertion of psychologists in the Campinas mental health project. Starting from an institutional guideline which forces the change in the practices of the psychologist in the Health Center, a dialectical process begins. I listened to this process and therefrom some issues arise: as the psychologists position themselves as matricial helpers — starting from a change in their working processes — within the health team, they leverage the possibility of construction of a more consistent and resolute clinic and, at the same time, help to widen the clinic scope of other professionals; the matricing process may occur through either a self-referenced or a shared logic, depending upon the positioning within the Health Family Program; these professionals are somehow resistant to alter the consulting office practice. To a certain extent, this is felt as a threat of destruction of their professional core — if understood as a synonym for psychotherapy; the number of professionals has not increased in the same rate

as it has for the demand with a mental health attention necessity; there is a difficulty on part of the other professionals on understanding the project and taking up the new mental health proposal; the relation among managers and workers is highlighted by the tension and by the sense of abandonment concerned with the project difficulties; the formation does not prepare the psychologist for the public health reality; new innovative experiences which occur from the insertion of the psychologist in the family health team are described.

Keywords: Public Health, Mental Health

APRESENTAÇÃO

“Só eu sei as esquinas

por que passei”...

(Djavan)

A Saúde Pública, em especial, a Psicologia na Saúde tem que assumir o compromisso de, juntamente com a comunidade e outros profissionais da saúde, lutar por efetivas melhorias na qualidade de vida das pessoas. Assim, fazer uso dos recursos já existentes no território, ao mesmo tempo em que se viabilizam outros recursos que possam ser utilizados pelas pessoas é de profunda relevância em razão do momento social que se atravessa, no qual se agravam cada vez mais a violência, as desigualdades e a miséria.

Um interesse desse projeto é estudar a forma como o psicólogo, a partir de sua inserção nas equipes de saúde da família, utiliza os recursos existentes no território para disparar projetos, buscando entender de que forma ocorre, ou não, o envolvimento desses trabalhadores, em relação à necessidade de uma Clínica Ampliada, ou seja, àquela que extrapola o “setting” convencional do consultório tão utilizado pela psicologia.

A partir desse estudo, alguns caminhos poderão ser apontados no que diz respeito à inserção da Psicologia na Saúde Pública e em relação às saídas coletivas encontradas para a criação de espaços de convivência. Estes, tanto podem ser promotores de saúde, ao diminuírem os riscos físicos e psicológicos do adoecimento psíquico, físico e/ou dos efeitos da violência, como podem ajudar no tratamento daqueles que já estão psiquicamente adoecidos, com dificuldades na sua rede de relações e/ou vitimados pela miséria social, a exclusão e a violência.

Para mim, é muito difícil fazer uma separação entre a relevância científica e a social deste projeto, já que na minha concepção, a relevância científica só tem sentido se atender socialmente às necessidades das pessoas, ou seja, a ciência tem que assumir um compromisso ético com os mais excluídos de nosso país. Tem que vir embasada de teoria, mas alicerçada na prática, compromissada em melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Assim, tem relevância científica estudar, aplicar e documentar outros fazeres da psicologia na Saúde Pública, para que no futuro outros profissionais da Psicologia e da área da saúde possam utilizar esse novo saber; ao mesmo tempo, tem relevância social, porque a psicologia estará melhorando a qualidade de seu trabalho e atendendo de maneira integral os usuários dos serviços de saúde.

Pessoalmente, tive interesse em desenvolver essa investigação por vários motivos: para poder dar continuidade a um trabalho que venho desenvolvendo na região estudada; por acreditar que a Psicologia pode e deve fazer um atendimento clínico de maior impacto do que tradicionalmente vem fazendo; por ter um grande interesse em estudar/developer novas formas de atuação da psicologia em Saúde Pública; e finalmente, porque é fundamental para mim, enquanto psicóloga, assumir de maneira efetiva, um compromisso ético-político, de fazer da Psicologia na Saúde Pública uma ferramenta para melhorar a qualidade do serviço público prestado às pessoas que habitam o território.

Este projeto nasceu da minha experiência como psicóloga, no Aprimoramento Profissional em Centro de Saúde. Nesse momento fui definitivamente “mordida” pelo bicho da Saúde Pública, caminho ainda iniciado na graduação.

A paixão me tomou... O desejo por construir/desconstruir práticas e conceitos e de alguma maneira poder interferir na formação profissional do psicólogo, me movem a todo instante.

O tempo concreto não foi longo até aqui, mas o metafórico, da vivência cotidiana, sim. Muito aconteceu, muito caminhei...

A dissertação assumiu a cara de quem hoje sou, mas com a mesma ânsia que me motivou, a necessidade de compromissar a psicologia com a Saúde Pública, com o SUS e com a Reforma Psiquiátrica no Brasil.

Campinas vive a efervescência de quem inventou moda, radicalizou modelo, fez reforma psiquiátrica e anda na contra-mão da história, vivendo a contradição dialética que se encontra em qualquer mudança: avanços e retrocessos.

Nesse contexto, os psicólogos são atores que protagonizam em alguma medida a implementação do Programa de Saúde da Família PSF-PAIDÉIA, que tem por diretriz reorientar a assistência, passando do modelo de Atenção Primária à Saúde para um modelo territorializado de assistência à saúde da família.

Muito é esperado do profissional de Saúde Mental nesse processo, em que há uma reorientação de funções desses profissionais, em virtude do novo modelo.

No início do Mestrado fui platéia, assistindo às primeiras discussões e mudanças enquanto aluna, em seguida, passei a trabalhadora-protagonista contratada como psicóloga para o CAPS Novo Tempo. Passando, no início de 2003, a Apoiadora Institucional, sendo agora protagonista da gestão!

“Cada um sabe a dor e a delícia de ser o que é”¹, nesse momento sou a voz, a interlocutora das psicólogas entrevistadas, sou a voz de quem vem fazendo com muita dificuldade, resistência e resiliência a mudança da assistência em Saúde Mental em Campinas.

Nada fácil esse papel, pois estou realmente compromissada com esse projeto desde o início. Vi-o de longe com admiração e desejo, protagonizei-o enquanto trabalhadora, enfrentando, no dia a dia, as delícias e agruras de inventar a mudança, e hoje sou gestora, cúmplice e crítica dessa construção, com todos os seus méritos e contradições. É daqui que falo, com paixão e, tomara, com a crítica necessária a qualquer processo de avaliação e pesquisa.

Assim, os objetivos a que me propus são os seguintes: geral, *“Caracterizar as representações dos psicólogos da rede municipal de saúde de Campinas perante a política de saúde mental”*; e, específicos, 1) *“Caracterizar os atributos da política de Saúde Mental de Campinas”*, 2) *“Descrever como os psicólogos pensam a sua prática cotidiana”*, e 3) *“Verificar o que o psicólogo percebe como mudança em suas práticas com a implantação do PAIDÉIA”*.

¹ Caetano Veloso

Trilhei um caminho teórico que tem início com a formação do psicólogo e a sua inserção na Saúde Pública, passando em seguida pelas políticas públicas de saúde, especificamente em saúde mental, antes e depois da implantação do projeto PAIDÉIA em Campinas. Para não seguir só, busquei companhia e inspiração em alguns conceitos teóricos que me auxiliaram a compreender melhor o meu objeto de estudo, foram eles: integralidade, território, desinstitucionalização, processo de trabalho, clínica ampliada e representação social.

Entrevistei 15 das 20 psicólogas inseridas na rede, anteriormente à implantação do projeto em 2001. Fiz enfim, uma análise, do texto produzido por elas a partir de sua rotina de trabalho e a sua inserção/protagonismo no PSF-PAIDÉIA. Chegando, por fim, ao ensaio de algumas interpretações que podemos chamar de “conclusão”, não esquecendo a contextualização necessária para tal.

Uma das entrevistadas disse-me, quando perguntei se queria dizer algo a mais; “*o pulso ainda pulsa!*”, embora às vezes pareça que não... É isso, meu pulso ainda pulsa, espero que o leitor sinta a batida na veia e quem sabe também pulse...

“Para ser grande, sê inteiro:

nada teu exagera ou exclui.

Sê todo em cada coisa.

Põe quanto és no mínimo que fazes.

Assim, em cada lago

a lua toda brilha,

porque alta vive”.

(Fernando Pessoa, 1998)

INTRODUÇÃO

*“Prefiro ser essa
Metamorfose ambulante
Do que ter aquela velha opinião
Formada sobre tudo (...)
Vou desdizer aquilo tudo
Que eu lhe disse antes (...)
Eu tenho uma porção de
Coisas grandes pra conquistar
E eu não posso ficar aí parado...”*

(Raul Seixas)

FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO: O CONSULTÓRIO, PALCO DA CLÍNICA...

São várias as possibilidades de inserção do psicólogo na Saúde Pública, como também, várias são as práticas que ele pode desenvolver. Nesse capítulo focarei a inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde, os Centros de Saúde, as atividades desenvolvidas por ele nesse contexto e de que maneira a formação universitária tem contribuído para essa prática profissional.

Segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde/São Paulo, existiam em 2001, 832 psicólogos trabalhando na Rede Pública de Saúde (Municipal e Estadual), nas seguintes áreas: Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos e Centros de Atenção Psicossocial), Programas de Prevenção DST/HIV-AIDS, Centros de Referência de Saúde do Trabalhador (CRST), Unidades Básicas de Saúde (UBS), no Programa de Saúde da Família (PSF), Hospitais Públicos e na área de Planejamento e Gestão das Políticas Públicas de Saúde (PSICOLOGIA, PARA UMA SAÚDE PÚBLICA INTEGRAL. PSI – JORNAL DE PSICOLOGIA. SÃO PAULO, MARÇO/ABRIL, 2001).

É necessário tecer algumas considerações sobre o papel do psicólogo, o que, de certa forma, justifica a necessidade teórica desse estudo. Quem seria esse psicólogo e qual a sua prática? Que prática exerce, quando inserido nos serviços públicos de saúde? Que representação tem dessa prática? Procurarei trilhar o caminho percorrido por alguns autores

que têm uma contribuição significativa no sentido de entender a maneira como a formação desse psicólogo influi diretamente na sua identidade profissional e prática, quando inserido nos serviços de Saúde Pública, principalmente, em Centros de Saúde. Partirei do princípio de que esse profissional é um psicólogo clínico.

A atuação do psicólogo na saúde pública exige uma transformação de alguns princípios básicos da clínica psicológica: o enquadre, o contrato, a impessoalidade e o terapêutico. O enquadre sai do consultório e passa à instituição, exigindo a interação com o meio em que vive o indivíduo. E mais, passa a considerar a rua e o domicílio como settings. O contrato vai da abordagem individual – a relação entre cliente e terapeuta – à vida, ao trabalho e ao lazer. A impessoalidade dá lugar ao empréstimo de poder contratual à pessoa para sua reabilitação psicossocial (GUARIDO e BRAGA CAMPOS, 2001:40).

Defenderei essa definição de clínica psicológica. Parto do que considero ser um ideal a ser atingido pelo profissional psicólogo inserido na Saúde Pública, sem deixar de considerar e discutir o processo de construção necessário para chegar a isso. Processo, que pode ser transformador ou imobilizador, na prática, na lida do dia a dia, no contato com o grande sofrimento psíquico e social das pessoas, para o qual poucos são preparados. Processo que se dá na formação dos psicólogos que, estranhamente, as universidades, em sua maioria, parecem ignorar, alienando-se da realidade enfrentada por quem se forma e adentra o serviço público, e ainda, o processo de construção do próprio SUS (Sistema Único de Saúde), que, através de sua organização, pode ser um facilitador ou não desta inserção do psicólogo e da Saúde Mental na rede de serviços.

Enfim, ampliou-se a conceito da clínica e mudou-se o próprio modelo de trabalhar a patologia instalada, que vai da prevenção à promoção de saúde ao trabalhar o adoecido. O terapeuta torna-se parte de uma equipe (não apenas o psicólogo) para uma atenção integral à saúde das pessoas (GUARIDO e BRAGA CAMPOS, 2001:40).

A inserção do psicólogo na Saúde Pública acontece paralela à construção de políticas de saúde mais condizentes com as necessidades da população. Processo esse que não ocorre dentro da própria psicologia, que traz atrelada à sua formação outros ideários teóricos, técnicos e práticos. Inicia-se a minha construção, que deseja ser aprendiz dos processos constitutivos da prática e formação do psicólogo. Assim, o psicólogo clínico,

Atua na área específica da saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais e informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico e atenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas (LO BIANCO et al., 1994:08).

Segundo LO BIANCO et al. (1994), esta seria uma concepção abrangente que nem sempre existiu e que não permeia a prática da maioria dos psicólogos clínicos, pois existe um fazer clássico da clínica tradicional que, centralmente, volta a atenção ao indivíduo e a um método clínico que deveria dar conta de resolver o problema desse sujeito, o mais imediatamente possível. A doença, o distúrbio, o sintoma são o centro no qual é focada a clínica.

O amplo predomínio das atividades clínicas é marcado por uma atuação em consultórios particulares, com dedicação parcial do tempo, onde a psicoterapia é a atividade largamente predominante e dirigida a uma clientela adulta e de classe média, a inserção em instituições de saúde (hospitais ou centros de saúde públicos) modifica a clientela atendida (nível socioeconômico baixo), contudo as atividades mais frequentes não se distinguem da atividade clínica tradicional (BASTOS e ACHCAR, 1994:248).

A expressão Psicologia Clínica foi introduzida por Lighter Witmer em 1896 e não agradava a esta autora por estar intimamente associada ao modelo médico. Existindo neste conceito de clínica uma influência e associação com esse modelo que foca a compreensão e tratamento da doença de acordo com o mesmo (CUNHA¹, 1994).

Essa associação teve um efeito direto na identidade profissional do psicólogo clínico, que tem no status social, do médico, um modelo a ser perseguido e atingido na sua escolha e prática profissional (CUNHA², 1994). Sobre isso outra autora afirma,

(...) na prática do psicólogo é a profissão liberal, que ocupa outro espaço idealizado, largamente reforçado pela nossa própria formação que está direcionada neste sentido, pelo menos até agora. (...) O horizonte do trabalho institucional fica constantemente recortado por esta aspiração de ser um psicólogo sério, com consultório privado, onde poderá fazer clínica em profundidade (...) Assim, o trabalho que se está realizando numa instituição é provisório, até que se atinja a desejada idealização. (...) marca-se uma série de resistências a canalizar sua própria formação para um saber que lhe permita ter – nas instituições onde está – uma prática mais consistente, mais rigorosa e, portanto, mais gratificante (MARAZINA, 1992:33).

Portanto, fica no imaginário o idealizado e o psicólogo busca repetir a prática tida como ideal, sentindo-se muitas vezes impotente por não poder reproduzi-la dentro do padrão almejado. Não se busca outra técnica, outros modos de fazer, persegue-se um padrão que, se não pode ser atingido na instituição na qual está, leva-o a acreditar que o bom trabalho necessita de mais pessoas, mais recursos para que ele possa exercer aquilo que lhe cabe, segundo este ideal.

¹ e ² CUNHA, J. apud LO BIANCO, A. C.; BASTOS, A. V. B.; NUNES, M. L. T. e SILVA, R. C. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: ACHCAR, R. (Coord.). **Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

O campo da psicologia clínica clássica teria nas técnicas do psicodiagnóstico e psicoterapia, a fórmula para vencer a batalha contra os problemas relativos à felicidade, mal-estar, ansiedade, tensão consigo mesmo e com os outros, sem perder de vista o ajustamento às normas e “bons costumes” da sociedade (ROTTER³, 1994).

Dessa forma, a psicologia clínica se firmou enquanto disciplina normativa e ordenadora, cumpridora de uma necessidade social clara, a de adequar os sujeitos à sociedade, tal qual ela é. Nesta concepção, o sofrimento é um desajuste individual que deve ser tratado individualmente, não importando o contexto no qual ele se dê.

Segundo LO BIANCO et al. (1994:9), baseados em dados de pesquisa realizada pelo Conselho Federal de Psicologia (1988), alguns critérios utilizados com certa frequência para definir o fazer tradicional/clássico da psicologia clínica seriam os seguintes:

- Atividades de psicodiagnóstico e/ou terapia individual ou grupal;
- Atividade exercida em consultório particular;
- Profissional liberal, autônomo, não inserido em serviço de saúde;
- Enfoque intra-individual, com ênfase nos processos psicológicos e psicopatológicos, centrado em um indivíduo abstrato e a-histórico;
- Hegemonia do modelo médico, traduzido na aceitação da autoridade do profissional na relação com o paciente, não se questionando o saber e a prática a partir das reações deste.

³ ROTTER apud LO BIANCO, A. C.; BASTOS, A. V. B.; NUNES, M. L. T. e SILVA, R. C. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: ACHCAR, R. (Coord.). **Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

Assim, esses critérios dominantes, entre os profissionais que exercem a prática clínica, são sustentados e estimulados pela formação teórica e estágios que, em grande parte, dão ênfase a esse tipo de atuação (LO BIANCO et al., 1994).

Dessa forma, a psicologia insere-se nos serviços de Saúde Pública, entra em cena preparada para um palco específico, o consultório particular...

Abre-se a cortina: o psicólogo adentra a Saúde Pública

Segundo JACKSON e CAVALLARI (1991), com a criação do Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) em 1982, surge a proposta de implantação de um plano de reorientação da Assistência à Saúde no nível da Previdência Social. O objetivo desse plano seria o de reduzir e controlar gastos, integrando os serviços de saúde a Federal, Estadual e Municipal, num sistema universalizado, regionalizado e hierarquizado, que priorizariam as ações básicas e de saúde, principalmente na atenção primária e ambulatorial. Utiliza-se a estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS), para a implementação desse plano. As AIS possibilitavam convênios entre INAMPS/MPAS e Secretarias Estaduais de Saúde.

Assim, com a ratificação da Portaria Interministerial MS/MPAS/MEC de 07 de julho de 1984, as AIS passam a fazer parte do eixo de organização dessa atenção integral à saúde da população, que deveria se dar através de uma rede de serviços integrados e regionalizados, organizados da seguinte forma, rede de unidades básicas de saúde (atenção primária), rede de ambulatórios para atendimentos especializados (atenção secundária) e rede hospitalar (atenção terciária). Cabendo à rede básica os atendimentos considerados primários, ela seria a porta de entrada do sistema, organizado hierarquicamente de acordo com a complexidade dos equipamentos e das ações técnicas prestadas (JACKSON e CAVALLARI, 1991).

“A inserção do psicólogo na saúde contextualiza-se em um intrincado movimento de forças sociais, envolvendo interesses contraditórios – empresários da saúde, profissionais engajados na transformação da situação de saúde da população, lutas da população por saúde e outros movimentos questionando as políticas públicas

dominantes durante as décadas de regime autoritário. Passa pelas grandes Conferências Nacionais de Saúde e específicas de Saúde Mental” (LO BIANCO et al., 1994:25).

A implantação de equipes mínimas de Saúde Mental nas Unidades Básicas de Saúde, com um psicólogo, uma assistente social e um psiquiatra, se dão a partir de 1983, com o objetivo de executarem ações de atenção primária (JACKSON e CAVALLARI, 1991; SILVA, 1992; SPINK, 1992; LO BIANCO et al., 1994).

Assim desde 1983, passando pelas Ações Integradas de Saúde (AIS) até a criação e implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o psicólogo vem sendo absorvido pelos serviços de saúde, mas sem uma revisão de seu processo de formação, “*ainda direcionado para a sua atuação dentro do modelo clássico*” (LO BIANCO et al., 1994:38).

A organização dos serviços de saúde preconizada pelo sistema único de saúde (SUS) pressupõe uma rede de serviços integrada e regionalizada composta por unidades básicas de saúde (responsáveis pelos atendimentos primários), rede de ambulatórios (voltada para a atenção secundária) e rede de hospitais (...) níveis vão desde ações preventivas ou remediativas de baixa complexidade (na atenção primária), às ações especializadas, que requerem seguimento (atenção secundária) até as ações especializadas específicas as situações hospitalares (atenção terciária) (LO BIANCO et al., 1994:38-39).

Dessa forma, o psicólogo ao inserir-se no Serviço Público de Saúde deveria ter uma atuação voltada para a atenção primária, ações preventivas ou de baixa complexidade, encaminhando para os níveis hierárquicos pertinentes os sujeitos que necessitassem de ações mais complexas. Na prática, viu-se que tanto pela formação, quanto pela demanda e organização dos serviços isso se tornou praticamente impossível.

Uma pesquisa interessante foi desenvolvida por JACKSON e CAVALLARI (1991:09), o Conselho Regional de Psicologia (CRP-06)⁴ entrevistou em 1987, 30 psicólogos inseridos em Centros e Postos de Saúde do Estado e Municípios com o objetivo

⁴ CRP-06, responde pela área do Estado de São Paulo e Mato Grosso do Sul.

de conhecer o trabalho realizado pelo psicólogo na rede pública de saúde. Alguns pontos importantes foram levantados numa primeira fase da pesquisa e foram os disparadores de uma segunda fase, foram eles:

- Baixo número de profissionais da Saúde Mental, especificamente de psicólogos, diante da demanda identificada nos serviços.
- Salários estavam abaixo do piso da categoria;
- A formação do psicólogo não o instrumentalizava para o trabalho em Saúde Pública;
- Não havia uma definição do papel do psicólogo, seu trabalho era eminentemente clínico, com precária integração na equipe de saúde;
- A Política de Saúde desfavorecia a realização do trabalho de forma integrada e em nível satisfatório.

A partir das primeiras análises e do levantamento desses indicadores, principalmente, de que havia uma grande dificuldade em implantar e implementar a Política de Saúde Mental na ocasião, “*de caráter preventivista*” e por acreditarem, ser relevante o trabalho que poderia ser realizado em nível primário, JACKSON e CAVALLARI (1991), decidiram realizar uma segunda fase da pesquisa, com o objetivo de aprofundar os dados e,

Compreender a realidade do trabalho do psicólogo, seu conhecimento e afinidade com tal proposta, as dificuldades que encontrava na realização da mesma e ainda, questões relativas a sua formação (acadêmica/pós acadêmica) motivação e expectativas em relação a atividade profissional (JACKSON e CAVALLARI, 1991:09).

Os dados levantados são bastante interessantes para a reflexão do vácuo existente entre a formação desse profissional, que implica numa construção de identidade, a sua inserção no campo profissional, no caso a Saúde Pública, e a implementação de Políticas Públicas de Saúde Mental. Ou seja, nesse momento específico da história da Saúde Pública e da Saúde Mental, não havia uma conexão entre as instituições formadoras

desses profissionais e a necessidade real e clara do Serviço Público do papel esperado desse mesmo profissional.

Assim JACKSON e CAVALLARI (1991), apontam questões pertinentes sobre a inserção e prática profissional do psicólogo. A primeira delas é de que existia uma contradição entre a proposta da Política de Saúde Mental e a prática exercida. Se por um lado, os profissionais tinham conhecimento e defendiam a diretriz, tentando executar ações de nível primário relativos aos diversos programas de saúde (grupos de gestante, hipertensos, etc.), por outro lado apontavam que...

A predominância na organização de sua atuação, era prioritariamente clínica, de atendimentos individualizados, tais como os psicodiagnósticos e as psicoterapias, fugindo muitas vezes da intenção de seu planejamento (JACKSON e CAVALLARI, 1991:25).

A contradição se justificava pela forma como a política de Programas de Saúde, a partir de 1986, foi planejada centralmente sem a participação dos trabalhadores que atuavam na ponta do sistema e que tinham a produção controlada por uma avaliação quantitativa de atendimentos, numa visão médica tradicional de saúde (modelo clínico), que incentivava a repetição de um mesmo tipo de ação, consultas individuais isoladas, sendo esta uma conduta não só do psicólogo, mas também dos outros profissionais da Saúde Mental (JACKSON e CAVALLARI, 1991).

A população que chegava à rede básica, já se encontrava adoecida e necessitando de atendimento “mais especializado” que deveria ocorrer em nível secundário, nos ambulatórios, que por sua vez não eram suficientes para a demanda identificada. Aliava-se a isso, uma pressão dessa população e dos outros profissionais para que o psicólogo prestasse um serviço individualizado, pois este era o papel reconhecido, socialmente, como sendo o seu trabalho (JACKSON e CAVALLARI, 1991).

(...) a demanda social explícita ainda é, largamente, por uma atuação do psicólogo no nível individual e remediativo, algo que só se transformará à medida que os novos fazeres gerem uma imagem social da profissão diferente (BASTOS e ACHCAR, 1994:266).

TOFOLO (1992) relata pesquisa realizada⁵, na qual entrevistaram 77 profissionais da Saúde Mental, dos quais 20 eram psicólogos. Todos eram trabalhadores da Saúde Pública. Perguntavam como era o cotidiano desses profissionais, enquanto trabalhadores da Saúde Mental, e fizeram uma análise do conteúdo dessas falas. Sobre os resultados obtidos, afirma que os psicólogos se mostravam mais negativos em suas respostas, pois todos os entrevistados demonstravam insatisfação e acreditavam que poderiam exercer melhor a sua prática, mas...

O psicólogo se caracteriza pelo uso excessivo de frases negativas e vacilantes do tipo: Não, eu não faço terapia. Não, não, não, a gente não pode atender mesmo. Bom não se pode pensar em psicanálise aqui, não. Bom, não dá muito para se trabalhar com o pessoal. Estamos tentando, mas não dá (TOFOLO, 1992:213).

Sobre o negativismo e de certa forma uma maior insatisfação com a própria prática, TOFOLO (1992), discute haver, implicitamente, nessas falas, algo que vem da formação e do que é socialmente aceito e esperado do profissional psicólogo: atendimento psicoterápico individual. Assim, tornam-se “*assombrados*” como ela explica:

(...) uma figura que está escondida nos discursos dos psicólogos, que resolvemos chamar de assombração⁶, porque se fala muito em fantasia e em fantasma. (...) percebemos o seguinte: estava todo mundo assombrado por uma coisa que era uma sala fechada, uma poltrona, um divã, uma pessoa sozinha com a outra, fazendo o verdadeiro e profundo trabalho de lidar com o sofrimento psíquico (TOFOLO, 1992:214).

Segundo TOFOLO (1992), é necessário “*libertar a mentalidade*” para criar novas possibilidades e a partir delas construir outras formas de enfrentamento ao sofrimento psíquico. Afirma também ser imprescindível ter orgulho de ser psicólogo e livrar-se da “*assombração do enquadre psicanalítico clássico*”.

⁵ Pesquisa realiza em conjunto com Thames Waléria Borges, psicóloga da Secretária de Saúde, na época aluna da pós-graduação da USP.

⁶ Assombração, segundo o dicionário Aurélio, seria “alma do outro mundo” (explicação da autora da tese).

(...) uma coisa é adotar um referencial de pensamento e, nesse sentido, a psicanálise é uma das psicologias, uma das teorias psicológicas de que o profissional pode se valer. Outra coisa é adotar essa figura imaginária (...) porque senão nos transformamos em profissionais de segunda linha diante de uma assombração que, embora idealizada, é uma assombração (TOFOLO, 1992:215).

Segundo MARAZINA (1992), várias instituições atravessam a prática do psicólogo: a formação, o ideal do profissional liberal e a instituição psicanalítica. Cada uma dessas instituições seriam paralisadoras por não poderem se concretizar, conforme o idealizado, no serviço de saúde pública. Institui-se o lugar da falta, da impossibilidade, do não criar. Novamente, no lugar ideal (consultório particular) é possível ser o profissional ideal.

Os psicólogos entrevistados por JACKSON e CAVALLARI (1991), afirmavam haver uma incoerência entre o que a política de saúde exigia e o que era disponibilizado de recursos para a execução de tal política.

... afirmam existir uma incongruência na Política de Saúde vigente, que apresenta muitas promessas, exige dos profissionais sua realização, porém na prática não as viabiliza, na medida em que faltam recursos materiais (salas, viaturas), humanos (número insuficiente de psicólogos, equipes incompletas), instrumentais (material de trabalho, testes psicológicos), organizativos (insuficiência de retaguarda em Saúde Mental, como Ambulatórios), e técnicos (supervisões, cursos) (JACKSON e CAVALLARI, 1991:27).

Observa-se que a inserção do psicólogo na Saúde Pública é instituída na falta de recursos materiais, de pessoas, instrumentais organizativos e técnicos. Muitas faltas eram e são reais, outras passam pela impossibilidade de atingir um ideal que não condiz com a realidade da instituição, da vida das pessoas e da clínica capaz de fazer enfrentamento ao sofrimento de quem procura os “psis”.

Outra grande dificuldade era a integração dos profissionais da Saúde Mental, pois os mesmos não foram preparados para a atuação preventiva⁷ e para a ação multidisciplinar. Além disso, o fato de não serem preparados para o trabalho em Saúde Pública levava a uma dificuldade em compreender a saúde/doença enquanto processo social e historicamente produzido (JACKSON e CAVALLARI, 1991; PINHEIROS, 1992).

A psicologia entra para o rol das profissões ditas “*da saúde*”, segundo SPINK (1992), imbuída de seu saber técnico e experiência clínica tradicional, sem fazer um questionamento sobre a validade de uma transposição sem reflexão de um modelo para outro de atendimento. Aplica a técnica, derivada da clínica, sem uma avaliação do novo contexto no qual se insere, ressalta ainda, que a inserção cada vez maior do psicólogo na saúde leva à necessidade da estruturação desse “*novo campo de saber*”,

...a própria ampliação do número de psicólogos envolvidos nesta área determinam o surgimento de condições apropriadas para a estruturação de uma Psicologia da Saúde. Campo esse que, por situar as questões da saúde na interface entre o individual e o social, configura-se como uma área de especialização da Psicologia Social (SPINK, 1992:11).

De acordo com esse raciocínio, a “*psicologia da saúde*”, e não “*na saúde*” teria que ser uma especialização da psicologia social, como se *a priori* a clínica não devesse considerar os determinantes históricos e sociais que influenciam na vida e no processo de adoecimento das pessoas, como se a clínica fosse apenas curativa e não pudesse desenvolver ações de caráter preventivo. A questão talvez seja a clínica necessária para uma determinada realidade e para o sofrimento específico de determinadas pessoas. Afirmo que o psicólogo deve buscar na psicologia social, ferramentas⁸ que o ajudem a entender a realidade e a buscar soluções para o sofrimento de quem o procura. Mas não só! Também deve buscar na psicologia escolar, comunitária, institucional, antropologia, sociologia, filosofia... Mas quem é esse profissional, afinal? É um psicólogo clínico, inserido num serviço de Saúde Pública.

⁷ Como pontuado por LO BIANCO et al. (1994) o modelo clínico de atuação do psicólogo, baseado no modelo médico tem por foco a doença, o sintoma e não a prevenção.

⁸ Expressão utilizada por MERHY (1997), a caixa de ferramentas seriam os saberes que determinada profissão utiliza na sua prática para enfrentar as necessidades e os modos de satisfazê-las.

SPINK (1992), afirma que a psicologia ao adentrar os serviços de saúde, tenta encontrar seu lugar, buscando definir de que forma contribuir teórica e tecnicamente nesse “*novo campo de saber*”.

A Psicologia chega tarde neste cenário e chega miúda, tateando, buscando ainda definir seu campo de atuação, sua contribuição teórica efetiva e as formas de incorporação do biológico e do social ao fato psicológico, procurando abandonar os enfoques centrados em um indivíduo abstrato e a-histórico tão freqüentes na Psicologia Clínica tradicional (SPINK, 1992:12).

A psicologia tinha, segundo SPINK (1992), como modelo de atuação a clínica desenvolvida em consultórios particulares (no ideal de profissional liberal⁹) e as “*atividades exercidas em hospitais e ambulatórios de Saúde Mental*” sendo esta última, presa ao paradigma da Psiquiatria e ocorrendo, principalmente, no enfoque da medicalização e internação. Esses modelos não dariam conta de responder à necessidade de trabalhar na rede básica, no modelo de atenção primária, pois repetem de forma acrítica a clínica do consultório particular. Além, de efetivarem na Rede Básica um tipo de atenção que seria característica dos ambulatórios (atenção secundária).

... para a elite existem os divãs, os consultórios, a relação terapeuta-cliente personalizada, as técnicas mais variadas, para a maioria da população nada mais resta que a internação ou as ‘consultas’ de cinco minutos em ambulatórios que mal merecem este nome, onde as filas, o descaso, a falta de condições materiais transforma o que deveria ser um ato terapêutico num mecânico e interminável ritual de prescrição de remédios e cronificação de sofrimento (BEZERRA, 2000:137).

⁹ MELLO *apud* JACKSON e CAVALLARI, (1991), também refletem que há uma associação na escolha profissional e no campo de atuação associada a um padrão do “*profissional liberal bem sucedido*”, relacionada diretamente à figura do médico, afirmam que essa visão já existe na época da escolha do curso de graduação e que a faculdade não consegue influenciar o suficiente para que essa visão se modifique. Além, de TOFOLO (1992) e MARAZINA (1992).

Nesse sentido, poder-se-ia pensar que a construção de mais ambulatórios, como solicitavam os psicólogos e de certa forma era apontado por SPINK (1992) e JACKSON e CAVALLARI (1991), dariam conta da demanda que chegava nas Unidades Básicas, favorecendo assim que essas pudessem cumprir seu papel de executar ações preventivas e promotoras da saúde. Entretanto, BEZERRA (2000) pontua que também nesses locais a clínica ofertada, torna-se inábil diante do sofrimento das pessoas, o que condiziria com o discurso da falta. Porém, é mais coerente pensar-se que a clínica, tal qual era/é produzida, não dá conta de maneira eficaz da complexidade de vida e de sofrimento das pessoas, sendo, portanto, fundamental a transformação na assistência seja, na atenção primária ou secundária¹⁰.

Os psicólogos entrevistados por JACKSON e CAVALLARI (1991), queixavam-se do fato de não haver um processo de supervisão continuada, sendo este, de certa forma, mais um obstáculo à operacionalização dos projetos da Saúde Mental, embora, no momento da pesquisa, houvesse um convênio firmado entre a Secretária do Estado e algumas Universidades, a supervisão não se viabilizou de fato.

Este seria mais um discurso da falta, que segundo PINHEIROS (1992:208), surge de uma falta real, mas encaminha as ações para um certo imobilismo, “*o discurso da falta, da carência reproduz o discurso da população que procura o serviço*”, dessa forma as pessoas que não estão saudáveis procuram o psicólogo, que por sua vez, que não tem recursos para executar suas ações, “*os psicólogos não tem recursos técnicos, intelectuais*”, tal relação poderia levar ao entendimento que a Universidade deveria dar o que falta, preencher a lacuna com algumas disciplinas, mas, na verdade, trata-se de pensar “*a relação da Universidade com a realidade na qual ela se insere*”, de que forma reconhece essa realidade e possibilita aos alunos uma vivência e teorias pertinentes com esse novo contexto.

¹⁰ Defenderei ainda nesse trabalho que os níveis de atenção, de uma rede hierarquizada não favorecem a ampliação da clínica, pois dificultam a responsabilidade dos trabalhadores pelo seu território e por quem nele vive.

Tais lacunas dificultam a compreensão do próprio papel e a capacidade de enfrentamento perante os outros profissionais para a construção de outras práticas, que não a de atendimentos individualizados, embora esses sejam necessários em alguns casos. JACKSON e CAVALLARI (1991) discutem não se tratar de uma oposição maniqueísta entre as técnicas utilizadas, mas de ser imprescindível que o psicólogo reflita sobre a própria ação.

... não se trata de fazer uma oposição entre procedimentos individuais ou grupais, atuações clínicas ou educacionais comunitárias, mas da necessidade de refletir sobre a própria ação psicológica, levando-se em conta o contexto institucional: há de se considerar em função de quais princípios está a técnica, até que ponto, a atuação pode ser criativa, transformadora ou, ao contrário, estar a serviço da manutenção das relações de dominação-submissão cristalizadas socialmente (JACKSON e CAVALLARI, 1991:26).

Dessa forma, a Psicologia Clínica deve reconsiderar os grandes segmentos que ficam a cargo do atendimento público, e redirecionar a sua práxis em função dessa clientela, que difere, e muito, daquela que é atendida no consultório particular, na qual a psicologia baseou-se para elaborar suas formulações teóricas e seus métodos de tratamento (SILVA, 1992 e BEZERRA, 2000).

Derivam dessa prática, diversos erros e preconceitos a respeito das pessoas atendidas pelas práticas “psi”. A psicologia e essas práticas em geral têm uma tendência a não perceber que os homens são produzidos historicamente. Frutos de uma construção social, historicamente datada e geograficamente pouco uniforme. Essa é uma questão fundamental para os profissionais de saúde: lidar no cotidiano com pessoas oriundas de diferentes estratos sociais, faixas etárias e regiões culturais (BEZERRA, 2000).

... As idéias e sentimentos do terapeuta e do paciente acerca do que é a doença, como se instala, sua causa, o que entendem por cura, tratamento, saúde, etc. podem ser contrastantes e é preciso não se deixar levar pela ilusão universalista para poder enxergar esta diversidade. Se isto não acontece à escuta do terapeuta se empobrecerá pelo etnocentrismo de seus ouvidos... (BEZERRA, 2000:142).

Trocando em miúdos, existem diferenças na percepção dos sintomas e do sentido de cura entre o sujeito adoecido que procura o serviço e o profissional que o atende, que, se não forem entendidas por esse profissional, se tornam um verdadeiro abismo na interlocução e no processo terapêutico, fadado ao fracasso. Fracasso que se torna um estigma para quem procura o serviço, sendo adjetivado de resistente, incapaz de discriminar afetos, de efetuar escolhas, de fazer “insights”, etc.

Na verdade, abriu-se um campo de atuação profissional para o qual o psicólogo não foi preparado. As técnicas e teorias não são suficientes para entender e atender a demanda que o procura nesses serviços. Recortou-se uma prática embasada em diversas teorias e a colou em serviços com realidade diversa da até então explorada pelo profissional “psi”.

Quando se insere nos serviços públicos de saúde, o psicólogo depara-se com uma demanda que traz atrelada ao seu sofrimento psíquico, a contradição dialética de sua condição social; os determinantes históricos, construídos pelo próprio homem, a expropriação de direitos, a exploração do capital que conduz ao adoecimento físico e psíquico.

O psicólogo clínico deve rever sua clínica, sem deixar de realizar também as psicoterapias, quando essas se fizerem necessárias, mas que igualmente faça psicologia comunitária/institucional sem pudor e sem rancor, porque é no território que ele pode e deve efetuar ações que tragam vida e saúde às pessoas. Promoção e prevenção, além da reabilitação.

É preciso olhar para as pessoas sem recortá-las de sua realidade social, fazendo uso, para entender esse indivíduo, não apenas dos conhecimentos teóricos da Psicologia Clínica, mas também dos fundamentos da Psicologia Social, da Antropologia, da Sociologia, da Pedagogia, etc. Não é possível que a Psicologia continue seguindo o modelo médico tradicional que divide o ser humano em compartimentos, dos quais cada técnico é responsável por uma parte. É preciso olhar a pessoa, ouvir sua queixa, o que ela traz, e fazer a leitura disso através da realidade vivida por ele. É fundamental considerar a

influência das determinações socioeconômicas nos fenômenos psicológicos, para que o psicólogo possa ser mais do que mero diagnosticador.

Outra pesquisa foi desenvolvida por LO BIANCO et al. (1994:10-11) para verificar concepções e atividades emergentes na psicologia clínica de uma maneira geral, entrevistaram 23 psicólogos “*escolhidos intencionalmente por desenvolverem trabalhos teóricos e/ou técnicos relevantes*”, com os seguintes objetivos: “*identificar mudanças que configuram novos fazeres e apontam a construção de um perfil diferenciado e mais abrangente de atuação do psicólogo clínico*” e “*analisar as implicações desses movimentos de inovação no que se refere aos requisitos (competências e habilidades) que demandam do psicólogo e que devem ser incorporados ao seu processo de formação acadêmica*”.

O material coletado foi dividido em três grandes categorias temáticas: concepções e tendências em desenvolvimento, atividades exercidas e o contexto no qual se desenvolvem e implicações para a formação, ou seja, de que forma essas tendências, práticas e novos contextos exigem competências que devem ser reformuladas na formação do profissional (LO BIANCO et al., 1994).

Segundo LO BIANCO et al. (1994), dentro das *Concepções E Tendências em Desenvolvimento* é dada grande ênfase pelos entrevistados em relação ao contexto social no qual as práticas de atendimento e de pesquisa se desenvolvem, portanto a necessidade de considerar o contexto social vem sendo incorporada pela psicologia clínica, o que poderia ser considerado como “*a expansão ou afirmação do campo da clínica*”. O contexto social passa a ser constitutivo do sujeito, havendo, segundo os entrevistados, o desenvolvimento de trabalhos que “*se dão na intersecção do clínico com o social*”, levando a uma preocupação em afirmar que a clínica não é prerrogativa do consultório. Sobre isso afirma uma das entrevistadas:

Clínica é uma psicologia que se faz dentro de todas as instituições que tenham vínculos com o campo da saúde, quer dizer, sejam hospitais, sejam postos de saúde, sejam unidades básicas, aquilo que a gente chama de unidade de cuidados primários de atendimento, ou até mesmo em associações comunitárias que, de repente, necessitem de um trabalho de saúde (LO BIANCO et al., 1994:14).

Há um deslocamento do local onde a clínica é exercida, do consultório particular para as instituições públicas e comunitárias, sinalizando como parte da prática clínica as ações de atenção primária. De que forma essa mudança implica numa alteração da prática “psi”, numa verdadeira expansão dos horizontes da clínica? Corre-se o risco, como já foi salientado, de transpor o paradigma da clínica com todos os seus saberes para uma realidade completamente diversa.

A segunda categoria temática encontrada por LO BIANCO et al., (1994), é a das *Atividades e Contextos* na qual aparecem dois eixos, o da descrição das atividades, clientela atendida e locais onde ocorrem, e a questão dos aspectos teóricos e técnicos da prática clínica. Nessa categoria aparece a saída do profissional psicólogo da clínica privada e sua inserção na saúde pública. Essa saída se dá (ou deveria) acompanhada como já foi dito, de uma preocupação com o contexto social onde a prática clínica é exercida.

Existem diferentes maneiras de um psicólogo inserir-se nos serviços de saúde; LO BIANCO et al., (1994) identificam que esta inserção pode acontecer no trabalho desenvolvido em múltiplas instituições: hospitais gerais e psiquiátricos; ambulatórios gerais e psiquiátricos; Unidades Básicas de Saúde; e, outras instituições (escolas, creches, outros) onde são empreendidas ações de saúde.

Os estudos de SILVA¹¹ (1994) e JACKSON e CAVALLARI (1991), apontam como atividades mais frequentes do psicólogo em Centro de Saúde: psicoterapia de adulto, triagem, orientação a mães, psicoterapia de adolescentes, psicodiagnóstico, ludoterapia, orientação à gestante e hipertensos. Com menor frequência são citados os seguintes trabalhos: atendimento a desnutridos, orientação a puérperas, planejamento familiar, orientação à 3ª idade, grupos para dependentes químicos. Sendo ainda citados por alguns entrevistados trabalhos relacionados à: prevenção de DST- HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, adolescentes (sexualidade), orientação a lazer, psicopedagogia (avaliação para classe especial e estimulação precoce).

¹¹ SILVA, R. *apud* LO BIANCO, A. C.; BASTOS, A. V. B.; NUNES, M. L. T. e SILVA, R. C. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: ACHCAR, R. (Coord.). *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

A orientação teórica mais amplamente citada é a psicanálise, sendo citados, em menor escala, a orientação comportamental, psicodrama, existencial e humanista. Os recursos técnicos mais utilizados são: entrevista, psicoterapia individual, testes, psicoterapia breve, observação lúdica, psicoterapia grupal, observação, dinâmica de grupos e grupos operativos (LO BIANCO et al., 1994).

Apesar de ser esperado que a psicologia desenvolvesse, na Rede Básica, trabalhos voltados para a atenção primária, a inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde fica fortemente marcada por atividades que são consideradas especializadas e adequadas ao nível de atenção secundária.

Segundo LO BIANCO et al. (1994), as ações planejadas coletivamente e voltadas para a prevenção, são consideradas como um avanço para o trabalho do psicólogo. O engajamento no programas de saúde do adulto ou da criança e o desenvolvimento de grupos interdisciplinares com caráter de promoção e prevenção seriam o papel esperado de um profissional contratado para atuar no nível de atenção primária. Embora, como se viu, o papel que o identifique (para os outros e para ele mesmo), como psicólogo, seja o de ações marcadamente na linha das psicoterapias.

São apontados alguns aspectos relevantes nessa inserção do psicólogo na rede básica: 1) planejar e executar ações voltadas para as demandas coletivas; 2) contato com a realidade de vidas das pessoas, o processo de adoecimento e os aspectos referentes ao sofrimento físico e não apenas o aspecto mental; 3) grande demanda que leva à priorização de técnicas grupais e focais de atendimento; 4) a possibilidade de oferecer à população menos privilegiada um serviço que antes era privilégio das classes mais favorecidas; e 5) uma concepção mais abrangente de clínica psicológica, *“uma percepção da clínica não como sinônimo de ações psicoterápicas especializadas, mas como manejos que previnem as necessidades das mesmas ou que visam a promoção da saúde”* (LO BIANCO et al., 1994:41).

Apesar dessas considerações, CAVALLARI (1992) salienta que o psicólogo ainda se identifica muito fortemente com o trabalho de atendimento em consultório, sendo repetida, na Saúde Pública, esse tipo de prática.

As atividades de nível primário já eram desenvolvidas em grande escala, mas predominavam as atividades de nível secundário. Portanto, grande parte das atividades predominantes na área de saúde pública é de trabalho individualizado. É a psicoterapia de adultos que tem o maior índice de predominância, orientação a pais, a triagem, a psicoterapia de adolescentes, enfim, todo o trabalho que é mais individualizado, que se assemelha mais a um trabalho de consultório (CAVALLARI, 1992).

Nos aspectos relacionados à própria atividade clínica surgem novos aspectos metodológicos e técnicos que levam a algumas tendências, crescimento da atuação multiprofissional e multidisciplinares, e, na abordagem individual (que se mantêm) alguns fatores foram identificados, crescimentos das intervenções focais, emergência de novas abordagens na terapia comportamental e o crescimento das terapias corporais, além do crescimento pela procura do referencial lacaniano (LO BIANCO et al., 1994).

A Psicologia tem esse papel e essa função social de se articular enquanto prática dentro das instituições de saúde. Essa experiência possibilita compreender o processo saúde-doença em sua dimensão social, perceber como esses mecanismos se articulam socialmente, aprender que o objeto de trabalho passa a ser o coletivo e que se deve planejar coletivamente, em equipes, as práticas de atuação, sem perder a dimensão do que é peculiar de cada sujeito, do que é subjetivo, único.

Através do trabalho em Saúde Pública é possível aprender/desenvolver políticas e práticas de saúde, que sirvam para defender e preservar a vida das pessoas. No trabalho junto aos serviços de saúde, tem-se uma ação não apenas paliativa, mas também preventiva de situações de risco físico e psicológico. Junto com a comunidade, é possível desenvolver uma ação que pode ser transformadora, de (re)construção da consciência de cidadania, de dignidade e coletividade (MORAES et al., 1999)

A formação do psicólogo: a necessidade de um novo script...

Um dos aspectos investigados por JACKSON e CAVALLARI (1991), diz respeito às disciplinas do curso de graduação que forneceriam subsídios para o trabalho desses profissionais na Saúde Pública. Identificam, na discussão dos resultados

encontrados, que essa é uma questão anterior às outras já apresentadas (falta de recursos, dificuldade no trabalho multidisciplinar, contradição entre a diretriz e a organização do serviço), que define o exercício profissional. A formação acadêmica, nessa ocasião, dificilmente previa disciplinas que instrumentalizassem o psicólogo para o trabalho em Saúde Pública. Sobre a questão da formação do psicólogo e o papel da Universidade, PINHEIROS (1992:211) afirma:

(...) precisaríamos, enquanto universidade, estar ousando pôr em prática o que sabemos, ousando descobrir o que não sabemos e ousando criar novos conhecimentos e práticas.

Um dos objetivos da pesquisa de JACKSON e CAVALLARI (1991), por serem do Conselho de Psicologia, era aprofundar a discussão no tocante à formação acadêmica. Dessa forma, as disciplinas mais identificadas para esse trabalho, pelos entrevistados, são as que dão embasamento para o trabalho clínico; em um número menor citam a inexistência de disciplinas que orientasse o trabalho na Saúde Pública e apontam a necessidade de reestruturação curricular.

... os entrevistados indicam como mais colaboradora de seu trabalho, disciplinas técnicas e teóricas que levam a uma compreensão do funcionamento do psiquismo e dirigidas a atuação clínica. Em menor proporção, outros psicólogos se lembram de citar matérias básicas do curso de Psicologia (Filosofia, Sociologia e Antropologia) que fornecem subsídios para uma visão mais ampla do homem como ser social (JACKSON e CAVALLARI 1991:28).

JACKSON e CAVALLARI (1991) discutem que os profissionais tinham uma preocupação com a sua formação, buscavam continuar esse processo, após a graduação, através de um *“aprimoramento teórico, técnico e instrumental”*. Buscavam formas de desenvolvimento profissional, em que a referência à formação clínica continuava em destaque.

Note-se que a busca pela formação clínica continua sendo a mais procurada pelos psicólogos. Em comemoração aos 40 anos da profissão de psicólogo, PSI – Jornal de Psicologia (2002), traça um perfil da psicologia, a partir dos pedidos de títulos de especialista e 57,24% dos registros aprovados são da área clínica, a segunda colocada, com

10,95%, é a especialidade na área escolar. Ou seja, sem dúvida essa é a identificação primeira do psicólogo, resta pensar sobre que tipo de clínica vem sendo desenvolvida por esses profissionais, sejam especialistas (com registro) ou não.

A partir da preocupação com o contexto social, surge a necessidade de ocorrerem “*mudanças nos referenciais teóricos e sua adequação à nossa realidade*”, ou seja, são fundamentais as modificações teóricas que formam as práticas clínicas, já que as situações encontradas na prática levam à necessidade de novos saberes e fazeres. Emerge, aliado a isso, uma intensa preocupação com a especificidade do contexto brasileiro e uma revisão crítica da importação de conceitos. Outro dado interessante é o deste movimento não ser de uma determinada corrente teórica, mas de atravessar, enquanto preocupação e necessidade, os seguidores das mais diversas teorias (LO BIANCO et al., 1994).

A adoção da idéia de signos produzidos pelo conhecimento humano, que vão surgir de uma encruzilhada entre os lugares sociais, históricos, políticos, econômicos e culturais de onde são proferidos, e não da consideração de conceitos universais com o estatuto de revelações, de certezas tornadas naturais pela tradição (LO BIANCO et al., 1994:18).

Aparece ainda como grande necessidade para a prática profissional, o *conhecimento multidisciplinar*. Buscar o conhecimento em diferentes disciplinas no sentido de poder compartilhar os problemas comuns e entendê-los sob diferentes ângulos, de tal forma que se possa enriquecer as ações (LO BIANCO et al., 1994).

Dessa forma surgem segundo Lo Bianco et al., (1994) algumas *Implicações para o Processo de Formação* do psicólogo que merecem ser citadas. Existem requisitos e competências necessários para o trabalho em saúde pública, que podem e devem ser estimulados na graduação. O ato clínico tem que ser contextualizado, a aprendizagem da prática clínica precisa ocorrer em diferentes contextos, levando a uma contínua reflexão por parte do aluno. PINHEIROS (1992:210) define as Clínicas Escolas como “*ilhas*”, que impediriam o aluno de ter contato com o mundo real, ou melhor, que possibilitariam apenas um recorte, um retrato da realidade que não possibilitam para professor e aluno “*repensar suas teorias e práticas*”. Além disso, é necessário que se abram nos cursos, espaços para a reflexão e integração de conteúdos e práticas.

Existem ainda demandas específicas postas pelo contexto institucional que precisam ser consideradas na formação, é necessário conhecer o contexto dos serviços, conhecer as instituições, compreender o contexto geral das Políticas de Saúde Pública (JACKSON e CAVALLARI, 1991; PINHEIROS, 1992; SILVA, 1992; LO BIANCO et al., 1994).

SILVA (1992) salienta que a formação em psicologia deveria oferecer oportunidades de estágio que levassem o aluno a: compreender os contextos da Saúde Pública e da instituição na qual está envolvido; conceber a pessoa em sua totalidade, fazendo parte de um contexto social; apreender a psicologia em sua função social; superar a organização da assistência individual, direcionada ao sintoma e cura do mesmo; conhecer a realidade das pessoas que procuram a psicologia, a Saúde Mental; reinventar as técnicas no cotidiano; reconhecer o processo saúde/doença como fenômeno social; apreender o objeto de trabalho como coletivo e planejar coletivamente; aprender a trabalhar em equipe multiprofissional.

Dessa forma o estágio supervisionado em Clínica na Saúde Pública propõe um projeto de intervenção e pesquisa na área de clínica ampliada. Cada aluno, além de vivenciar a psicoterapia no consultório, tem oportunidade de trabalhar educação em saúde, acompanhamento terapêutico, convivência para a reabilitação de pacientes crônicos, grupos de risco adulto e infantil e um trabalho em equipe multiprofissional com outras instituições (governamentais ou não, de saúde, de assistência social, da justiça ou mesmo da comunidade (GUARIDO e BRAGA CAMPOS, 2001:40).

Segundo GUARIDO e BRAGA CAMPOS (2001) o objetivo desse estágio é o de formar profissionais para o Sistema Único de Saúde (SUS), fornecendo-lhes o conhecimento da organização do sistema de saúde, ao mesmo tempo em que possibilita a ampliação da clínica dos futuros profissionais, numa interface entre a psicologia clínica, social e comunitária¹².

¹² Estágio supervisionado oferecido (desde 1986) no último ano do curso de Psicologia e Aprimoramento Profissional, em Psicologia Clínica em Centro de Saúde, da PUCCamp, ministrado pela Profa Elza Lauretti Guarido e Profa Dra. Florianita Coelho Braga Campos.

A cada ano formam-se 16 alunos nesse campo de estágio, os outros alunos, aproximadamente 40, dividem-se em estágios na Clínica de Psicologia, no Hospital Geral e Saúde Mental (Hospital Psiquiátrico/CAPS). Dessa forma, parte dos alunos ainda é formada para a clínica tradicional.

SPINK (1992:15-16), discute o que chama de “*novo campo de saber – a Psicologia da Saúde*”, chama a atenção “*aos modelos explicativos e aos marcos teóricos dessa disciplina*” e elege três problemas para o desenvolvimento de um marco teórico a essa disciplina, sendo estes, congruentes com alguns dos pontos levantados por JACKSON e CAVALLARI (1991).

- Ênfase no ensino de disciplinas ligadas às aplicações clínicas e “*total ausência das temáticas relacionadas à Saúde Pública*”;
- Não introdução de temáticas sociais, da discussão e reflexão sobre os “*determinantes econômico-sociais dos fenômenos psicológicos*”, o que segundo a autora, leva a uma visão de indivíduo “*abstrato e a-histórico*”, faltando uma compreensão do social enquanto processo;
- Hegemonia do modelo médico; segundo esse modelo o paciente passa a ser avaliado de acordo com o saber médico oficial, se não segue o tratamento ou o abandona, o culpado pelo fracasso é o próprio paciente e não a técnica/saber utilizado. A própria inserção do psicólogo na saúde é feita de forma subordinada ao médico¹³.

A partir dos dados levantados por LO BIANCO et al. (1994:57), existem algumas “*habilidades interpessoais, atitudes e capacidades*” que são características importantes para o fazer clínico e que definem o bom profissional: capacidade de observação, reflexão crítica/curiosidade intelectual, flexibilidade, adaptabilidade, empatia, habilidade de síntese, não ser onipotente ao dominar conhecimentos, métodos e técnicas.

¹³ Como já foi apontado por JACKSON e CAVALLARI (1991). Segundo SPINK (1992:17), essa hegemonia leva a uma falta de autonomia completa, “*...a formação recebida nos cursos de graduação e a forma de inserção do psicólogo no setor saúde pouco contribui para a compreensão das formas e da dinâmica da prática médica e da organização dos serviços de saúde*”.

Segundo BASTOS e ACHCAR (1994), a priorização dessas habilidades e competências, levam à necessidade de mudanças na formação acadêmica que rompam com os limites da fragmentação e tecnicismo, que não se resumam ao nível de conteúdos ou conhecimentos e que levem a uma “*sólida formação básica*”.

Como outros autores (JACKSON e CAVALLARI, 1991; PINHEIROS, 1992; SILVA, 1992) já apontaram que as mudanças na formação do psicólogo são imprescindíveis para prepará-lo para a realidade encontrada nos serviços públicos de saúde. LO BIANCO et al. (1994:69), apontam que o ensino da psicologia clínica deve levar em consideração: o contexto, a realidade de instituições e de suas demandas; o conhecimento multidisciplinar, “*que a clínica seja ensinada e praticada em suas diferentes modalidades e não somente associada a um único modelo, ou como sinônimo de atendimentos psicoterápicos*”; a postura crítica e reflexiva com atualização constante; incorporação pelo clínico do olhar de pesquisador; e,

que seja trabalhada durante a formação do clínico, a percepção de diferentes formas e níveis de atuação profissional que podem e devem ser exercidos junto a diferentes cargos e funções institucionais, isto equivale a dizer que o clínico não seja formado para ser um repetidor de um modelo único de atuação na área...
(LO BIANCO et al. 1994:69)

Fechando a cortina: repensando a cena...

Diante desse panorama e da conjuntura social na qual as pessoas vivem, é vital a transformação da consciência profissional do psicólogo, o que leva a uma redefinição da identidade do psicólogo clínico. BEZERRA (1992:09) inicia o prefácio do livro, “*Psicologia e Saúde: repensando práticas*”, questionando: “*Para que serve um psicólogo? Para que serve a psicologia?*”, mais adiante afirma sobre a importância do conhecimento da psicologia e do uso que se faz disso.

Ter uma teoria é possuir uma ferramenta, que presta a certos fins. É possuir um determinado vocabulário que permite fazer descrições do mundo adequadas a certos propósitos. O que significa dizer que toda pretensão epistêmica é uma tomada de posição ética. Não há

conhecimento sem interesse. Não há conhecimento conceitual sem uso do poder. Não há prática sem pressupostos e conseqüências políticas (BEZERRA., 1992:09).

Segundo BASTOS e ACHCAR (1994), haveria uma tendência de buscar novos saberes e fazeres dentro da psicologia, “*movimentos emergentes no exercício profissional do psicólogo*”, que embora não constituam uma unanimidade, apontam novos caminhos para os rumos da profissão.

Em todos os domínios do campo multifacetado de atuação do psicólogo pode-se perceber, no entanto, em maior ou menor grau, características dinâmicas ou movimentos de transformação em uma ou em muitas das dimensões referidas. Embora não constituam alteração quantitativamente significativa no conjunto dos psicólogos, tais movimentos sinalizam tendências ou rumos que podem redefinir a profissão, especialmente a amplitude dos serviços prestados à sociedade (BASTOS e ACHCAR, 1994:249).

Há, segundo LO BIANCO et al. (1994:73) alguns “*vetores que impulsionam as mudanças*”, a realidade dos serviços levaria à necessidade de rompimento com o modelo clássico de atuação do psicólogo clínico. As “*demandas colocadas ao psicólogo*”, o impulsionariam a buscar novas formas de atuação. Seriam elas: necessidade de desenvolver práticas de promoção e prevenção; atendimento a uma população antes excluída; revisão das teorias psicológicas; demandas coletivas e o entendimento de seus processos de socialização e do conhecimento gerado em outras culturas; exercer outras funções, mais gerenciais; entendimento do fenômeno saúde-doença enquanto processo; necessidade de trabalhar aspectos ideológicos e sociais; conhecimento multidisciplinar para compreensão clínica e atenção integrada; trabalho vinculado à necessidade institucional; e, sistematizar a partir da prática novos conhecimentos.

Portanto, haveria uma “*mudança em curso na prática clínica clássica*”, que se traduziria numa flexibilização do “*setting*”, no uso de múltiplos recursos, procedimentos e técnicas e na “*permeabilidade entre concepções teóricas*”. Isto se traduziria numa “*desespecialização*”, pois o psicólogo adentraria o saber de outras profissões e teria a sua área de saber e atuação permeada pelo outro (LO BIANCO et al., 1994:73).

(...) aparece à percepção de diferenciação das ações clínicas em suas diferentes complexidades, deixando a clínica de ser sinônimo de psicoterapia; quando se lida com práticas para a promoção de saúde, muitas vezes o manejo clínico é o tipo de ação mais requerido (...) a clínica quer institucional, quer autônoma, deve se expor, ou seja, declarar seus objetivos, possibilidades e limites, sendo insuficiente explicitar apenas a orientação teórica. Com isso, busca-se minimizar a usual atribuição da responsabilidade pelo insucesso de muitas intervenções, à clientela (LO BIANCO et al., 1994:72-74).

Também para BASTOS e ACHCAR (1994), existem tendências de mudanças na prática do psicólogo independentemente do campo ou área de atuação: o fenômeno psicológico passa a ser visto como interdependente do contexto cultural; tendência a uma perspectiva multidisciplinar; atuação em equipe multiprofissional; intervenção centrada no contexto, em grupos e com caráter preventivo; atuação em funções de gestão; busca por novas técnicas e recursos; atendimento “*a segmentos socialmente excluídos*”; posicionamento crítico em relação a técnicas e teorias aliada a uma preocupação em gerar novos conhecimentos; crescimento do “*engajamento social*” e a preocupação de uma transformação social.

A noção de compromisso parece estender-se para abarcar uma clara preocupação com a transformação das condições de vida em que o indivíduo vive ou com a alteração de estruturas sociais tidas como geradoras de problemas vividos pelos indivíduos. Envolve, portanto, um compromisso ideológico e político com a mudança social, que se apóia em uma perspectiva crítica das relações sociais no interior da estrutura social (BASTOS e ACHCAR, 1994:264).

Uma outra reflexão necessária, segundo BRAGA CAMPOS (1992b), é a do distanciamento entre o que a ciência médica descobre e implementa através da epidemiologia. A falta de adesão das pessoas ao processo de tratamento/cura, de maneira geral, estão “*no reino da subjetividade na afirmação–negação da cura*”, sendo de grande importância a contribuição da Saúde Mental, da psicologia, nessa discussão. É necessário aproximar os conhecimentos do que seria peculiar do plano individual ao plano coletivo.

No processo de construção da organização dos serviços, a permeabilidade dos saberes e a contribuição da Saúde Mental, no caso a psicologia, auxiliariam a mudança e eficácia dos tipos de tratamento, programas, enfim, da clínica ofertada por todos. Conhecer e apreender “*o reino da subjetividade*” possibilitam uma compreensão mais apurada do processo de adoecimento das pessoas e as formas de intervenção adequadas, pois o mundo subjetivo com certeza interfere na forma como as pessoas relacionam-se com a doença/cura.

BRAGA CAMPOS (1992b:44) discute que o mesmo vácuo se dá no processo de formação dos profissionais da saúde, “*havendo um distanciamento entre o aprendido e o que se vai enfrentar no dia a dia*”.

Os recursos de cada profissional (aquilo que ele tem de peculiar na sua profissão) e o que é esperado dele no serviço público auxiliam no distanciamento entre os próprios profissionais e principalmente, em relação às necessidades das pessoas. Assim, o potencial da profissão de psicólogo fica limitado na assistência de um lado pela sua formação e por outro, pelo que é esperado dele no serviço onde se insere. Este seria o grande desafio, a transformação que se concretizasse nas duas pontas; a formação tem que ser impulsionada pela prática e pela contradição que nela aparece, é a própria formação que impulsiona a mudança de cultura e os outros modos de fazer no cotidiano dos serviços.

Nesse sentido, para que as necessidades das pessoas sejam atendidas, não basta termos diversos programas nos quais os sujeitos devam se encaixar, mas é preciso considerar a subjetividade e as diferenças entre as pessoas para que as ações em saúde tenham a eficácia desejada (BRAGA CAMPOS, 1992a).

O movimento sanitário incorporou ao seu discurso a ‘vontade’, o ‘desejo’ de organizar os serviços de saúde pública de modo a atender adequadamente o usuário. Mas este desejo não conseguiu ainda criar respostas assistenciais de que o usuário carece, que consigam escutá-lo com o seu saber, o seu sentir, repensando nossas informações técnicas – clínicas, epidemiológicas e gerenciais – de forma a sempre não só melhorar o serviço, aliviar a dor e o sofrimento do doente, recuperá-lo, mas, principalmente conseguindo, junto com os usuários desenvolver políticas e práticas que defendam a sua vida (BRAGA CAMPOS, 1992a:48).

Esta não seria a primazia da Saúde Mental, da psicologia, na saúde? A de viabilizar a interlocução, a escuta? Levar o conhecimento ao outro sobre a subjetividade e de que forma ela atua na vida e nas relações, de tal forma que aos poucos haja uma apropriação destes conteúdos pelos trabalhadores e que auxilie na assistência que se presta à população. A encruzilhada reaparece, a formação do psicólogo precisa colocar tal horizonte como necessidade para a vida profissional, e a “vida” cobrar das universidades seu compromisso social.

Nós, da saúde mental, temos como instrumento de trabalho a fala, o discurso, a escuta. Nosso objeto de trabalho é o homem em suas relações: o conflito, e como elemento principal do trabalho em saúde mental estão a subjetividade, o entendimento e respeito pelas diferenças: o vínculo. Esta é a essência do que a formação profissional nos deveria proporcionar. Estas são coisas de nossa especialidade (BRAGA CAMPOS, 1992a:51).

Portanto, é fundamental na estruturação dos programas, na organização dos serviços, na sistematização da assistência, enfim, na própria organização do SUS, que sejam levados em consideração “*o reino da subjetividade*”, o conflito, da mesma maneira que consideramos dados epidemiológicos, possibilitando que toda ação em saúde seja local de encontro e escuta, viabilizadora de acolhimento e vínculo, de tal forma que se qualifique a clínica, do próprio psicólogo e a dos outros profissionais.

Muitos são os desafios para a transformação da prática e da formação do psicólogo, muito se construiu e o processo de construção se dá em curso, pois a realidade não é estática. As soluções e os problemas se entrelaçam, dialeticamente, instigando novas criações, outras compreensões. Nada está pronto e nem ficará...

Segundo ROTELLI (1992:70) a desinstitucionalização é o “*rompimento, ruptura com o paradigma científico que totalizava as experiências*”, na verdade tudo deve ser desinstitucionalizado: o conhecimento e a prática, para não se reproduzir meramente o que já está “*instituído*” (MARAZINA,1992). Dessa forma, a própria formação deve ser desinstitucionalizada, para que os profissionais tenham a competência de reconstruir, em cada realidade em que estejam inseridos, novas maneiras de escuta, de acolhida, de clínica...

Enquanto nos limitarmos a ensinar as pessoas como se trabalha com os fantasmas, não mudaremos a realidade. Quando ensinarmos às pessoas como encontrar estratégias para modificar a realidade, creio que conseguiremos também mudar os fantasmas destas pessoas (ROTELLI, 1992:77).

Assim, constitui-se a formação e a entrada na Saúde Pública pelos psicólogos. A rede hierarquizada, organizada em níveis de complexidade foi um avanço para o sistema de saúde, mas traz atrelada a si, nos níveis de atenção primária, secundária e terciária um obstáculo para a integralidade das ações em Saúde Mental, torna-se uma cilada que burocratiza a assistência, tornando menos provável a responsabilização e construção de projetos terapêuticos no território. Como se viu, a própria organização dos serviços leva a uma burocratização do trabalho do psicólogo.

Portanto, o que, num primeiro momento, significou um avanço, depois se tornou a armadilha e a armadura das ações em Saúde Mental: os “psi” tornaram-se ilhas dentro do sistema de saúde, fazendo parte de um programa específico, como se a Saúde Mental não fizesse parte da saúde da mulher, da criança, do adulto, do idoso. Hoje, encontram-se profissionais amarrados a um campo específico de atuação: Saúde Mental, restrito aos profissionais “psi” e diante de um grande dilema, como fazer de nossas ações, ações realmente integradas com o serviço como um todo e de nossas equipes, mais que o acúmulo de saberes, uma troca efetiva de saberes.

Depara-se com um grande dilema, como integrar a formação, de maneira que ela consiga questionar a identidade do psicólogo, enquanto clínico de consultório, discutindo políticas de saúde pública e clínica enquanto mediadora de relações. Ao mesmo tempo, os serviços se organizarem para que a prática esperada e necessária seja outra, aquela que se constrói a partir da necessidade real de cada território. Desinstitucionalizar formação e prática, para que o psicólogo, dialeticamente, saia do instituído e não seja apenas o que foi formado para ser: psicólogo clínico, aquele de consultório, do psicodiagnóstico e da psicoterapia.

“Para apalpar as intimidades do mundo

é preciso saber:

que o esplendor da manhã

não se abre com faca

(...)

Desaprender oito horas por dia

Ensina os princípios”.

(Manoel de Barros)

NA TRILHA DA SAÚDE MENTAL: CAMPINAS EM CENA...

O objetivo deste capítulo é discorrer sobre os modelos de atenção à Saúde Mental, na cidade de Campinas, antes e depois da implantação do Programa de Saúde da Família – PSF/PAIDÉIA em 2001. De que forma os diferentes modelos tecno-assistenciais e as diferentes organizações do processo de trabalho, atingem o fazer cotidiano dos psicólogos e a representação dos mesmos sobre a sua prática. O modelo de Atenção Primária à Saúde, a hierarquização, a integralidade em saúde, a área de cobertura e a territorialização são demarcadores pertinentes ao trabalho em Saúde Mental nos dois modelos. Mais do que uma mudança conceitual, espera-se uma mudança no processo de trabalho com a implantação do projeto PAIDÉIA, que influa sobre a técnica e reflita sobre a assistência. Espetáculos diferentes? A exigência do papel do psicólogo será outra?

Contextualizando a Assistência em Saúde Mental

Antes de se iniciar a descrição dos modelos em Campinas cabe um recorte, contextualizando rapidamente o caminhar das políticas de Saúde Mental, almejando a Reforma Psiquiátrica e sua relação com a Reforma Sanitária.

Segundo BRAGA CAMPOS (2000a), no Brasil temos uma “herança” de modelo na Saúde Mental oriunda dos Estados Unidos, que cresceram enquanto império (econômico, cultural e científico), após o término da II Guerra Mundial. Com o acirramento das relações e o início da guerra fria, surge a Organização das Nações Unidas e seus

apêndices, a Organização Mundial e Pan-americana de Saúde¹⁴ e com elas a “*hegemonia ideológica da racionalidade tecnopragmatista consubstanciada nesse projeto*”¹⁵ de modelo para a saúde.

Dessa forma, segundo Braga Campos (2000a), a herança tem nome, cara e personalidade própria, a hegemonia do modelo no Brasil, é o da psiquiatria preventiva que,

refere-se ao corpo de conhecimentos profissionais, teórico e práticos que podem ser utilizados para planejar e executar, planos destinados a reduzir (1) a incidência de distúrbios mentais de todos os tipos numa comunidade (prevenção primária), (2) a duração de um número significativo daqueles distúrbios que efetivamente ocorrem (prevenção secundária) e (3) a deterioração que poderá resultar desses distúrbios (prevenção terciária) (...) o pré-requisito fundamental é, porém que os profissionais e serviços se atentem não só para o que querem fazer e o que suas habilidades lhes permitem realizar, mas, além disso, para o problema comunitário total e para a forma como sua contribuição se ajustará melhor ao esforço geral da comunidade (BRAGA CAMPOS¹⁶, 2000a:45-46).

No ideário fertilizado com esses preceitos, a Saúde Mental compõe seu modelo de atuação, em tempos de ditadura militar no país e conseqüentemente, de reabertura democrática instala-se de diferentes maneiras, mas sem perder o cerne do modelo preventivista¹⁷. Dessa forma, a assistência em Saúde Mental, neste modelo de Reforma Psiquiátrica teria:

por objeto a Saúde Mental, por objetivo a prevenção e promoção, utilizando tecnologias de atenção à crise na comunidade, além de contenções de espaço e medicamentosa, e, como agente profissional, ur a equipe comunitária com um corpo de profissionais (BRAGA CAMPOS, 2000a:44).

¹⁴ Respectivamente OMS e OPAS.

¹⁵ BRAGA CAMPOS *apud* AYRES, J.R.C.M., *Sobre o risco*. SP, Hucitec, 1997.

¹⁶ BRAGA CAMPOS *apud* AYRES, J.R.C.M., *Sobre o risco*. SP, Hucitec, 1997.

¹⁷ Com exceção da cidade de Santos que a partir de 1989, tornou-se um “*desviante na Reforma Psiquiátrica Brasileira*” (Braga Campos, 2000a).

Este modelo tem, no centro de sua organização, diversos serviços. Conforme “o grau” da doença, um tipo de serviço lhe seria ofertado; na atenção primária, o Centro de Saúde, na atenção secundária, os equipamentos intermediários (Hospital Dia, Lares Abrigados e Ambulatórios) e na atenção terciária o Hospital Psiquiátrico. Assim, a Reforma Psiquiátrica brasileira acontece sob a hegemonia da atenção primária à saúde (BRAGA CAMPOS, 2000a).

Como já foi descrito no capítulo anterior, a partir da implantação do plano CONASP em 1982, houve um avanço na implementação da rede básica com os seguintes princípios, “*regionalização, descentralização, hierarquização e compatibilização entre os três níveis de governo, com prioridades ao setor público e complementaridade com setor beneficente privado*” (BRAGA CAMPOS, 2000a:53)

Segundo MERHY (1997a:218-224), o modelo implantado pelo CONASP tem forte influência de “*posições reformadoras*” na implantação da rede básica dentro da Saúde Pública, na qual a ótica médica é central, levando a um tipo de assistência que produz usuários dependentes de consultas médicas. De certa maneira, agrega-se a “*assistência médica à saúde pública ou combinando-as no mesmo espaço institucional*”, levando a uma medicalização do modelo¹⁸.

Este plano definia alguns princípios específicos em relação à assistência em Saúde Mental:

- 1) ser predominantemente extra-hospitalar; 2) empregar os vários recursos e técnicas diagnóstico-terapêuticas disponíveis, com a conseqüente e necessária utilização de equipe multiprofissional, respeitadas as especificidades de cada categoria profissional; 3) incluir-se numa estratégia de atenção primária à saúde; 4) utilizar recursos e métodos extra-hospitalares, intermediários entre o ambulatório e a internação integral, que procurem reverter a tendência (prevalente) à hospitalização; 5) utilizar a internação integral apenas para aqueles pacientes que apresentem uma sintomatologia que represente risco para si e/ou para terceiros e, nos

¹⁸ Conforme já descrito no cap. 1, essa condição é significativa e determinante para o tipo de trabalho executado pelo psicólogo no Centro de Saúde.

poucos casos em que a associação problemas sociais/sintomatologia psiquiátrica, impossibilite totalmente a manutenção do paciente em seu meio familiar e social, e pelo menor prazo possível; 6) promover a implantação progressiva de pequenas unidades psiquiátricas em hospitais gerais, na tarefa assistencial ora desenvolvida quase que exclusivamente por hospitais especializados (BRAGA CAMPOS¹⁹, 2000a:53)

Dadas as diretrizes e princípios, os profissionais passaram a ser contratados e a partir de 1983, implementaram as equipes mínimas de Saúde Mental na rede básica, voltadas para a atenção primária à saúde. Esses profissionais adentraram o serviço público sem um preparo adequado para o tipo de prática que enfrentariam, especificamente, o psicólogo enfrentou uma série de dificuldades nessa inserção.²⁰

Segundo JACKSON e CAVALLARI (1991), até a década de 80, o atendimento em Saúde Mental se restringia à hospitalização psiquiátrica e ao atendimento ambulatorial de egressos e/ou futuros pacientes psiquiátricos. A prática era, essencialmente asilar e farmacoterápica.

A partir de 1982, segundo SPINK (1992), houve a adoção de uma política explícita, por parte da Secretária de Saúde do Estado de São Paulo, que preconizava o início do processo de desospitalização e de extensão dos serviços de Saúde Mental para a Rede Básica. A política adotada pela Coordenadoria de Saúde Mental viabilizou a criação de equipes de Saúde Mental, compostas por um psiquiatra, uma assistente social e um psicólogo, que passaram a atuar nos Centros de Saúde do Estado. Teoricamente estava constituída, uma rede de serviços, com um mínimo de integração entre si e com atuação nos níveis primário, secundário e terciário.

Definem-se as ações de Saúde Mental nas Unidades Básicas, caracterizando-as como de Atenção Primária, integrando profilaxia e tratamento dentro do limite pertinente de atuação e complexidade. Aos ambulatorios responsáveis pela assistência secundária e equipados com um número maior de profissionais de áreas

¹⁹ Braga Campos *apud* BRASIL – MINISTÉRIO DA SAÚDE, Reorientação da Assistência Psiquiátrica, Plano CONASP, DF, 1983.

²⁰ Essa temática é discutida no cap. I que fala da formação do psicólogo.

diversificadas, competem ações mais complexas e individualizadas, em termos de frequência, duração do atendimento e funcionam como retaguarda para o nível primário de assistência (JACKSON e CAVALLARI²¹, 1991:13)

Ainda segundo essas autoras, alguns princípios gerais podem ser destacados: a ênfase na equipe multiprofissional; a prioridade do trabalho em grupo, a utilização da psicoterapia e outros recursos terapêuticos, além do uso dos psicofármacos; treinamentos, reciclagens, reuniões gerais, como forma de tornar os espaços assistenciais em espaços terapêuticos; a supervisão e avaliação qualitativa periódica do trabalho.

Apesar disso, os profissionais, em geral, queixavam-se da falta de serviços de nível secundário, o que dificultava a forma de assistência nos Centros de Saúde (grande demanda) e um maior apoio e clareza sobre o papel que deveriam desempenhar na atenção primária²².

Houve uma mobilização política por parte dos trabalhadores de Saúde Mental (MTSM) que discordavam das diretrizes apontadas pelo CONASP, levando-os à filiação a Rede Internacional de Alternativas à Psiquiatria, o MTSM tinha importantes representantes de SP, RJ e MG, criticavam o modelo preventivista em Saúde Mental, que segundo avaliação feita nos Estados Unidos, levava ao aumento da demanda ambulatorial²³ e falta de alternativa à internação psiquiátrica (BRAGA CAMPOS, 2000a).

Contudo, esses mesmos atores, em momento posterior, adotaram como modelo para a Saúde Mental a Atenção Primária a Saúde, apesar de a terem considerado como um modelo superado (BRAGA CAMPOS, 2000a).

A história e o caminho trilhado levavam ao fortalecimento desse ideário que tinha no seu cerne um forte cunho de caráter econômico, relacionado com o próprio momento político e econômico do país.

²¹ JACKSON e CAVALLARI *apud* ARQUIVOS DA COORDENADORIA DE SAÚDE MENTAL DO ESP, SP, 1983.

²² Sobre as dificuldades encontradas consultar cap. 1 sobre a formação do psicólogo...

²³ Como alertado por MERHY (1997a).

Para a organização de serviços de saúde implantou-se uma Atenção Primária à Saúde um tanto modernizada, pois trabalhava-se a assistência não dicotomizada da prevenção, propunha um esboço de controle social e a descentralização da gestão. Porém, para a área da saúde mental, amenizaram-se as contendas: ‘pela ampliação da atenção’ à saúde mental e não mais a contundente ‘pela extinção dos manicômios’. A área de saúde mental seguiu bastante aderida ao modelo hegemônico da reforma sanitária, sempre marcada pelo eixo do controle custo/benefício das ações sob uma ótica da epidemiologia e da saúde pública (BRAGA CAMPOS, 2000a:56)

A partir de 1983, as Ações Integradas de Saúde (AIS) levam a uma reformulação da atenção primária à saúde, aumentam-se as equipes, que passam a ser compostas também por ginecologista, pediatra, clínico, psiquiatra. O financiamento e controle, contudo, não entram nessa reformulação, na Saúde Mental, isso significa amarra financeira, política e de gestão (BRAGA CAMPOS, 2000a).

O sistema hospitalar continuou excluído dos planejamentos da saúde pública e a gestão do sistema era da rede básica, sem financiamento ou verbas e descentralizado. Com isso, na área da Saúde Mental, por exemplo, mesmo com as observações precisas do CONASP – prioridades as ações ambulatoriais – o descompasso da assistência continuou o mesmo: a proporção era que 96% dos investimentos iam para a assistência psiquiátrica nos hospitais, e 4% para a atenção em saúde mental extra-hospitalar (BRAGA CAMPOS, 2000a:57)

Segundo Merhy (1997a:223), na implementação da rede básica, contrapondo-se à “posição reformadora”, aparece na mesma época (final da década de 70) uma linha de “posição transformadora” que, fazendo uma leitura mais estrutural do momento, apontava a necessidade de mudanças nas políticas sociais e na relação com o próprio Estado. Assim, na constituição da rede básica, defendiam “saúde como direito de todos e dever do Estado; acesso aos bens sociais que determinavam a melhoria da qualidade de vida e, portanto, do nível de saúde: acesso aos serviços de saúde de forma universal e igualitária”...

Para atingir tais objetivos na política de saúde propunham:

Uma mudança jurídico política da natureza da saúde que passaria a ser, exclusivamente, um bem público; o controle da política pelo poder público; a modificação das bases financeiras que deveriam se situar no campo da seguridade social, e não do seguro; introduziam como orgânico ao seu modelo o Sistema Único de Saúde, e a participação dos grupos sociais da Sociedade civil, através de suas entidades representativas, junto ao Estado, na gestão dos serviços (MERHY, 1997a:223)

Na 8ª CNS, esse movimento consegue levar consigo a linha proposta e atrelar a mesma a idéia de uma rede básica mais complexa, que teria de ser mais que a porta de entrada do sistema, mas o local das ações integrais individuais e coletivas, além disso, constituir-se, enquanto interface, “entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida, provocando a mudança no sentido das práticas”, dessa forma a rede básica teria que ser “reinventada tecnologicamente” (Merhy, 1997a:224).

Portanto, em 1988 a Constituição Federal, ratifica o Sistema Único de Saúde, conforme o que havia sido apresentado na 8ª CNS. O Brasil via, ao mesmo tempo, a vitória do projeto neoliberal na figura de Fernando Collor de Mello, em 1989, e os sopros da democratização em vários municípios importantes nos quais venceram, para eleição municipal em 1988, partidos de oposição, entre eles, Campinas que passa pelo processo de efetiva implementação do SUS (BRAGA CAMPOS, 2000a).

Alguns princípios do SUS, para a Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica, são fundamentais: descentralização/municipalização da assistência, integralidade da assistência (convertida em responsabilização/ação intersetorial) e controle social dos recursos financeiros e organização dos serviços (BRAGA CAMPOS, 2000a:60).

A hierarquização, que já aparecia enquanto princípio, na implementação da rede na Atenção Primária à Saúde, configura-se como um dos princípios do SUS, princípio esse, que ao dividir a assistência em níveis de atenção “amarra” as ações em Saúde Mental.

Um dos princípios do SUS, para a organização dos serviços de atenção à saúde mental, amarrou a proposta de reforma psiquiátrica aos moldes burocráticos: a hierarquização. Forçou os novos serviços a se incorporarem na rede básica classificando-os ou primários ou secundários (só respondendo a encaminhamentos da rede) e ainda intermediários, o que faz classificar ‘crises e tipos de crises’ (...) a hierarquização para a saúde mental é uma dificultadora ao acesso do usuário e deixa a desejar quanto à eficácia dos resultados. Além destas questões tem o aspecto do acolhimento e a reabilitação psicossocial, que ficam afetados. A pessoa adoecida das relações, necessitada do reconhecimento e empréstimo contratual de pessoas – familiares, vizinhos e técnicos – que a acompanham, tendo uma crise perde qualquer relação com suas referências à reabilitação e é tratada apenas como um doente, numa internação integral (BRAGA CAMPOS, 2000a:60)

Configurado o contexto da implementação da rede básica sob a batuta da Atenção Primária à Saúde, forjada no modelo preventivista da OMS e OPAS, aliada à ratificação do SUS (avanço inegável!), formata-se o cenário para a compreensão da assistência em Saúde Mental em Campinas...

Primeiro ato: Atenção Primária à Saúde

Campinas tem uma história antiga de implementação da rede básica, nos moldes da Atenção Primária à Saúde. Anterior à implantação do plano do CONASP²⁴, já em 1976 iniciou-se a criação de Postos de Saúde Comunitária, com equipes formadas por médicos generalistas, auxiliares de saúde que tinham o papel de prestar assistência diretamente ligado à comunidade, além disso, contava com os estagiários das Universidades de Medicina (PUCCAMP e UNICAMP). Os serviços de Saúde Mental eram oferecidos também na rede com uma equipe que contava com psicólogo, assistente social e psiquiatra (BRAGA CAMPOS, 2000a).

²⁴ Como se viu no cap. 1 “A formação do psicólogo”...

A Secretaria de Estado da Saúde/SP, a partir de 1976 passou a implementar e consolidar a formação de uma rede estadual/municipal de Centros de Saúde. Vários municípios, dentre eles Campinas, “começaram a construir uma rede de postos de saúde municipais”. A idéia legitimada pela OMS propunha que os serviços de saúde fossem organizados hierarquicamente “por complexidade tecnológica e regionalizados com lugares bem definidos de realização das ações básicas de saúde”. Assim a rede básica seria a porta de entrada para o sistema, obedecendo a uma hierarquia tecnológica da assistência em níveis: primário, secundário e terciário (MERHY, 1997a:216-220).

Essa conquista e um certo “pioneirismo” para Campinas, foi fruto da consolidação de movimentos populares ligados às Comunidades Eclesiais de Base que lutavam por melhorias nas áreas da saúde, habitação e infra-estrutura urbana (água, saneamento). Além disso, movimentos intelectuais, oriundos da Unicamp²⁵, formavam profissionais que assumiram a gestão da saúde no município naquela época (Braga Campos, 2000a).

Quando o CONASP publica seu plano de reformulação da assistência médica previdenciária, em 1983, Campinas já colocava em prática as diretrizes propostas por ‘comissões de compatibilização normativa dos programas de saúde’ com representantes dos diferentes níveis de governo – federal, estadual e municipal – reunidos no Pro-Assistência (a versão campineira do CONASP). Constituiu-se a CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde), onde tinham acento a Secretaria Municipal de Saúde, o Departamento Regional de Saúde-5, o INAMPS, as Universidades e os serviços conveniados ao Estado. Mesmo antes da municipalização muitas ações já eram realizadas pelo município, conforme deliberações do Pro-Assistência (BRAGA CAMPOS, 2000a:99)

Em 1984, os trabalhadores de Saúde Mental em Campinas, já acumulavam certa experiência em razão de seu tempo de inserção na rede básica, podendo fazer avaliação e proposta de funcionamento, defendendo uma maior integração da Saúde Mental

²⁵ O Laboratório de Educação Médica para a Comunidade (LEMC) desenvolvia estudos e pesquisas aplicadas a área social, é um dos “berços do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – o CEBES” (Braga Campos, 2000:98)

ao sistema geral de saúde (nos diversos níveis de complexidade); consideravam a Saúde Mental na atenção primária como a porta de entrada para o sistema (com exceção das urgências); e, defendiam a divisão da Saúde Mental em níveis de complexidade crescente (Braga Campos²⁶, 2000a).

Dessa forma, a Saúde Mental em Campinas finca raízes na Atenção Primária à Saúde, mas estando à sombra do preventivismo, torna-se difícil crescer e expandir-se para outros horizontes, outros projetos...

Avaliações dos serviços e da implementação das propostas fundadas na APS mostravam dificuldades de evolução: continuava o quadro hospitalocêntrico da atenção em saúde mental, os ambulatorios eram porta para a internação e a porta de entrada dos sistema de saúde (os Centros e Postos de Saúde com equipe de saúde mental) nem sequer recebiam o doente mental e irrisoriamente, o egresso do hospital psiquiátrico (BRAGA CAMPOS, 2000a:101)

Em 1989, com a vitória do PT em Campinas, assume a Secretaria de Saúde uma equipe que faz críticas ao modelo preventivista da APS e a “transposição mecânica do que estava implantado na atenção à saúde para a saúde mental e a pretensão de situar o hospício com ambulatorios”. Entretanto, o Seminário de Saúde Mental (março/1989) referendou a continuidade e não a mudança: continuidade da hierarquização na assistência, Centros de Saúde com três frentes, atenção à demanda específica, trabalho integrado com a equipe (visando a qualidade de atenção e melhora na relação interna) e ações preventivas e educativas na comunidade para evitar a internação e segregação dos doentes mentais; além disso, o Seminário aponta a necessidade de criação de serviços intermediários entre o hospital psiquiátrico e o Centro de Saúde (BRAGA CAMPOS, 2000a).

Nessa gestão, fortificam-se a participação popular e a dos trabalhadores que, juntamente com a gestão (local e municipal), debatiam as questões pertinentes à saúde e cidadania. Almejava-se uma mudança cultural, na qual a riqueza do debate e a diversidade de opiniões eram fundamentais, os papéis, os discursos e as necessidades dos atores

²⁶ BRAGA CAMPOS *apud* CAMPINAS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE-GTSMPró-Assistência. **Proposta para a Saúde Mental em Campinas**. Mimeo, 1983.

envolvidos eram pauta de discussão. De tal forma, encarava-se o Centro de Saúde como “local privilegiado”²⁷ de procura e atenção, portanto, não tratava apenas de democratizar o acesso, mas ampliar a possibilidade de resolução dos problemas trazidos” (BRAGA CAMPOS, 2000a:104).

Contudo, o processo de reforma psiquiátrica não correspondia ao acúmulo, nem no que diz respeito à experiência, nem aos elementos teóricos e críticos à prática da reforma sanitária, em Campinas. Com isso, não foram alteradas diretrizes e práticas além da ampliação de profissionais na rede básica (BRAGA CAMPOS, 2000a:105)

A Saúde Mental em Campinas funcionava com equipes mínimas para atenção primária à saúde, dentro de um modelo que subdividia a saúde em áreas de atenção e programas. Os projetos, a assistência e os profissionais se dividiam nas seguintes áreas: criança, mulher, adulto, bucal e mental. Desenvolvendo atividades mais integradas junto à equipe e à comunidade, dependendo do perfil do profissional e da gestão local. De qualquer forma, a Saúde Mental permanece à sombra do preventivismo...

Em 1990, inicia-se o processo de co-gestão da SMS com o hospital filantrópico Cândido Ferreira...

O que em princípio parecia uma bomba relógio foi um evento com fogos de artifício: a experimentação de um outro modelo de assistência psiquiátrica no município, que há mais de uma década implantara a APS. Ou seja, trabalhar com equipes mínimas nos postos de referência da Rede Básica e que em nenhum momento, durante esses anos, tinha conseguido ameaçar os hospitais psiquiátricos que continuavam trabalhando a loucura sob confinamento (BRAGA CAMPOS, 2000a:107)

²⁷ Lembrar da “posição transformadora” discutida por Merhy (1997a:224-225) que coloca essa visão do Centro de Saúde como “local essencial”, do qual despontavam dois caminhos um mais “tecnocrático” e outro mais “político”. No primeiro, “procura-se equacionar a ação técnica, considerando-se o saber clínico e epidemiológico como neutros”, sendo eficientes tanto para identificar as necessidades de saúde individuais e coletivas quanto para resolvê-las. No segundo, acredita que o Centro de Saúde é um “um lugar tão estratégico, que não pode ser posta como neutra às possibilidades de ações, tanto do aparato técnico, quanto de outros interesses”, sendo, portanto, fundamental que a gestão dos serviços opere pensando a transformação do processo de trabalho, tanto técnico quanto assistencial, mas sem perder de vista o sentido político das ações de saúde.

Houve a partir disso, uma reorientação ao próprio trabalho da rede básica, que passou a ter que receber de fato os egressos da internação, já que se transformava o tipo de assistência oferecida até então. As equipes mínimas puderam ser compostas também com terapeuta ocupacional e a partir do planejamento local redefinir o tipo de assistência prestada a essas pessoas, apesar disso havia muita resistência e desconfiança. Era necessário um trabalho que fosse centrado no usuário “com projetos que respeitassem a singularidade. O CS faria isto? A equipe como estava, apenas agregando a TO – e avaliado-se pelo planejamento local – daria conta dessa nova exigência?” (BRAGA CAMPOS, 2000a:107).

Campinas vivia uma situação bastante peculiar, de um lado “a pressão feita pela rede básica, com sua crença no modelo estabelecido” e de outro “as demandas geradas pelo Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira”, dois modelos em disputa, um estado de “hibridez” (BRAGA CAMPOS, 2000:108).

Segundo o dicionário Aurélio, híbrido vem do latim e significa “filhos de pais de diferentes, países ou condições diversas”, pode ainda ser um adjetivo da biologia, “originário do cruzamento de espécies diferentes”, ou ainda “em que há mistura de espécies diferentes”. De qualquer forma, fala da diferença instalada, que caracteriza bem o que vivia Campinas pelos idos de 1990/1991. Era a dificuldade dentro do próprio partido com o prefeito eleito, da reforma psiquiátrica que se via atrelada à reforma sanitária, na saúde mental a diferença dos modelos um absolutamente hierarquizado e outro que almejava ser territorial prestando assistência singularizada.

Foram oferecidos cursos²⁸ às pessoas e espaços de debate semanais para discussão de casos institucionais e política de saúde mental. No II Seminário de Saúde Mental aponta-se a necessidade de implementação dos CAPS, enquanto serviços intermediários (dois concretizados no final da administração em 1993), apesar disso, as discussões persistiram e apontavam para o CAPS enquanto serviço territorial substitutivo, funcionando com hospitalidade noturna (BRAGA CAMPOS, 2000a)

²⁸ Cursos oferecidos pela assessoria do Programa de Saúde Mental de Santos, em 1990.

Campinas passa pela dificuldade política de ter o prefeito eleito pelo PT ser expulso do partido (abril/1991), junto com a expulsão, o secretariado do partido pede demissão, entre eles todo o colegiado da Secretaria de Saúde. Apesar disso, houve um movimento de resistência por parte dos trabalhadores e da população nas administrações que se seguiram...

Apesar da saída da equipe da secretaria de saúde, e de seu pouco tempo na direção, ela fez um investimento, nestes dois anos, em uma transformação básica: a democratização da gestão com fóruns de discussão de todos os coordenadores de serviços, oficinas de planejamento, planejamento local com as equipes e seu acompanhamento com informações para a avaliação, além de ter estimulado, com a criação dos conselhos locais de saúde, a participação popular. O movimento sanitário que a cidade já acumulara solidificou, no que pode-se dizer um marco na construção de sujeitos do processo da reforma sanitária (BRAGA CAMPOS, 2000a:112)

Na Saúde Mental também houve resistência, no processo de construção de autonomia e direito de cidadão por parte de técnicos e usuários, no decorrer dos anos e administrações a “hibridez” talvez tenha se acentuado, cada um de seu lado fazia o que podia para sobreviver enquanto projeto e modelo. A rede, com pouco poder contratual, não avançou muito além de onde estava. O Cândido resistiu através de uma assistência de qualidade, mostrando para fora de Campinas o que vinha sendo construindo, lutando pelo sonho da reforma psiquiátrica.

Pensando a experiência de Campinas até o momento, pode-se suscitar algumas questões que embasarão a discussão posteriormente.

Não é fácil ou simples mudar modelos, buscando um sentido de melhorar a assistência. Talvez o fosse num lugar que não tivesse história tão marcada pelo grifo da APS e de sua herança preventivista. Na verdade a mudança de modelo passa pela organização dos serviços, e mais, pelo processo de trabalho coletivo e individual. Não há

decreto que mude subjetividades. Gabriel O Pensador em uma de suas canções²⁹ diz, “mas isso é compromisso seu, eu nem vou me meter, quem vai lavar a sua mente, não sou eu, é você”. É isso, a mudança passa pelo desejo e subjetividade de cada um e do coletivo, passa pelos compromissos que cada um assume com os outros trabalhadores e com os usuários. Não é simples, é desviar a história do que está instituído³⁰ (tido como verdadeiro). É nessa contramão que se faz mudança, uns querendo, outros não...

Todavia, num modelo como esse, a Saúde Mental fica amarrada de maneira burocrática ao veio da hierarquização. Impossível transformar a assistência, ser mais responsável e acolhedor com os pacientes, se o que determina sua entrada ou não no serviço, não é o vínculo, o território, mas sim o diagnóstico que se encaixa neste ou naquele nível de complexidade.

Qual a integralidade possível das ações e relações quando oferecemos “caixinhas”, programas, nos quais as pessoas devam se encaixar? De que forma trabalhar a necessidade singular de cada um? Com quais recursos contar para isso? Quando se encaminha para outro lugar quem é o responsável? O serviço, o profissional, a família ou o usuário? A psicologia que compromisso assume nesse contexto? Como mudar cabeças, paradigmas...

*“Desinventar objetos. O pente, por exemplo. Dar ao
pente funções de não pentear. Até que ele fique
a disposição de ser uma begônia. Ou uma gravanha.
Usar algumas palavras que ainda não tenham idioma”.*

(Manoel de Barros)

“Repetir repetir – até ficar diferente.

Repetir é um dom do estilo”.

(Manoel de Barros, 2001)

²⁹ “Racismo é burrice”, CD Gabriel O Pensador, MTV ao vivo, 2002.

³⁰ Conceito utilizado por Testa (1997) e Merhy (1997b) que designa a estabilidade de um determinado processo.

Segundo ato: o modelo territorializado

Falar sobre a política de Saúde Mental em Campinas no momento atual é apreender a história em movimento, em construção... É fundamental caracterizar a proposta de mudança de modelo que vem ocorrendo na cidade desde a implantação do projeto PAIDÉIA – Saúde da Família que teve início em 2001.

Em 2000, novamente o PT ganha as eleições municipais em Campinas, assume a Secretaria de Saúde a mesma equipe da gestão anterior. Efervescência na saúde com a possibilidade de retomar projetos, sonhos, idéias... É a chance de construir reformas... O cenário nacional também se modifica e torna-se fértil para a Reforma Psiquiátrica, com a promulgação da Lei 10.216³¹ (Brasil, 2001) do deputado Paulo Delgado, que por tantos anos tramitou no Congresso, e que aponta para novas diretrizes na assistência em saúde mental que deve substituir os leitos psiquiátricos pelos serviços territoriais substitutivos, os Caps.

A equipe de governo apresenta a trabalhadores e à população, o projeto PAIDÉIA³² de Saúde da Família. Em Campinas, fez-se a opção de vincular as as equipes de Saúde da Família aos Centros de Saúde. Esses profissionais se constituem em equipes de referência local para as famílias de um determinado território³³. O que passa a definir o trabalho não são mais as áreas de atuação clínica, mas sim, as famílias, os usuários, as necessidades encontradas no território de responsabilidade de cada equipe (BRAGA CAMPOS, 2001).

Neste ponto já temos uma grande diferença de concepção, os profissionais não estão mais divididos em programas (mulher, adulto, criança, mental, etc) que atendem uma determinada área de abrangência.

³¹ BRASIL. Legislação em Saúde Mental. Lei no 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **ED. Ministério da Saúde.** Brasília – DF, 2004.

³² Paidéia é uma noção clássica da democracia ateniense e refere-se a formação integral do Ser Humano (Campos, 2000a).

³³ O conceito de território e a sua importância para o trabalho em Saúde Mental será discutido mais à frente no cap.3, “A integralidade em Saúde Mental...”

As equipes são compostas de maneira ampliada, além do médico generalista, da enfermagem e agentes de saúde, fazem parte das mesmas, um pediatra, um ginecologista, um dentista, um auxiliar de consultório dentário e um clínico geral que pode fazer parte da equipe ou ser retaguada (“coringa”) no Centro de Saúde.

Algumas diretrizes propostas pelo PAIDÉIA são³⁴:

- 1) Promoção e prevenção na comunidade: o profissional de saúde trabalha para prevenir doenças e promover a saúde e a autonomia das pessoas;
- 2) Acolhimento e humanização: o profissional de saúde ouve o cidadão para identificar sua necessidade, acolher com respeito e responder com responsabilidade;
- 3) Atendimento clínico de qualidade: o profissional de saúde atende cada pessoa integralmente respeitando especificidades e diferenças;
- 4) Participação da comunidade: o usuário é co-responsável pelos serviços, tanto no planejar, como no acompanhar e fiscalizar as ações (CAMPINAS, 2001-2002).

A Revista Virtual (2001), discorre sobre os princípios do Programa Paidéia - Saúde da Família, que seriam fundamentais para que se possa atender aos princípios do SUS de integralidade e eqüidade e efetivar o projeto:

- 1) Acolhimento: é a facilitação do processo de entrada no Sistema de Saúde, dos problemas de uma população/indivíduo pelos profissionais e serviços de saúde, através de mecanismos estruturais e de processo de trabalho. Isso ocorre através da proximidade geográfica, cultural, da disponibilidade de horários de atendimento, da busca ativa, escuta, disponibilidade de estabelecer uma compreensão empática, de mecanismos facilitadores do fluxo dos usuários no sistema;

³⁴ Folder da SMS do Programa Paidéia Saúde da Família (2001-2002)

2) Responsabilização: é a capacidade do sistema de saúde ativamente assumir responsabilidade pelos problemas de saúde de uma população ou indivíduo. Isso implica em que cada equipe de saúde e cada profissional devem se responsabilizar pelas ações e encaminhamentos necessários para cada usuário visando a atenção integral à saúde. Isto inclui os problemas de saúde coletiva;

3) Vínculo: é a ligação que se estabelece entre o usuário/população e o sistema de saúde/equipe local/profissional de saúde. Quando o vínculo é personalizado, ou seja, a equipe conhece as pessoas, seus familiares, sua inserção na comunidade e seu ambiente, os resultados das ações de saúde podem ser favorecidos. O mesmo se dá quando o usuário/ população se vincula a uma equipe ou profissional de saúde (CAMPINAS, 2001).

Segundo tais princípios e diretrizes, os profissionais enfrentam uma nova realidade e um grande desafio na rede básica de atenção, pois, pelo menos teoricamente, existe uma exigência de redefinição do seu processo de trabalho para a implantação do Programa de Saúde da Família – PAIDÉIA. Passa a existir a necessidade de uma nova forma de trabalhar para todos os profissionais, mas me aterei principalmente na descrição do que passa a ser esperado dos profissionais da Saúde Mental. Que mudanças se impõem no seu processo de trabalho?

Os profissionais da Saúde Mental passam a ter que compor com as equipes de referência, funcionando para as mesmas como um suporte para as discussões de casos da Saúde Mental e um ampliador do olhar “psi” sobre toda e qualquer questão da equipe. A isso se chamou apoio matricial, que também pode acontecer em outras especialidades: nutrição, assistência, oftalmologia, etc. (BRAGA CAMPOS et al., 2001).

O apoio matricial relaciona-se com a noção de matriz (o lugar de onde se gera). Podemos arriscar dizer: apoio matricial é a oferta de conhecimentos, saberes, propostas de ações, práticas conjuntas... historicamente reconhecidos como inerentes a determinados profissionais, aos profissionais de categorias diferentes envolvidos na construção dos projetos terapêuticos singulares (BRAGA CAMPOS e NASCIMENTO, 2003:05).

A proposta é de que as equipes de PSF-Paidéia se reúnam uma vez por semana com o objetivo de parar e pensar, discutir as ações implantadas, os projetos futuros, os casos mais difíceis, a dinâmica da própria equipe, sempre utilizando como pano de fundo a epidemiologia³⁵ e a clínica, o território e suas famílias. O profissional de saúde mental deveria participar dessas reuniões auxiliando nas discussões específicas da “mental” e as pertinentes à equipe como um todo, emprestando seu olhar “psi”, auxiliando no crescimento e desenvolvimento das equipes e sendo auxiliado pelas mesmas, numa pactuação e troca constante. De tal forma que os casos da “mental”, tornem-se os casos da equipe, responsabilidade de todos.

Mesmo sendo de reconhecida importância o olhar e a tecnologia do especialista em Saúde Mental no cuidado em saúde percebemos que as necessidades complexas expressas por parte significativa da população encaminhada não poderão ser satisfeitas somente, ou necessariamente, a partir de tecnologias utilizadas por esta ou aquela especialidade, mas sim melhor acompanhadas a partir de esforços criativos e conjuntos dos profissionais envolvidos na mobilização de recursos institucionais, comunitários ou individuais, materiais e subjetivos, a serem articulados no interior de projetos terapêuticos singulares (PTS), pactuados com o usuário/rede social significativa (BRAGA CAMPOS e NASCIMENTO, 2003:01)

A partir dos princípios propostos de acolhimento, vínculo, responsabilização, torna-se inquestionável o quanto a saúde mental tem a contribuir para esse projeto como um todo, pois acolhimento e vínculo são premissas fundamentais de qualquer “psi”. A responsabilização se dá mais no nível do compromisso de cada profissional, em “graus” que variam de acordo com várias características como: formação, envolvimento pessoal e profissional, organização do serviço, entre outras. De qualquer forma o profissional da saúde mental, com certeza tem muito a contribuir, pois através do pilar do apoio matricial, uma equipe poderá ter ações mais ou menos ampliadas, uma clínica mais ou menos tradicional.

³⁵ Dentro de cada Centro de Saúde foram montados Núcleos de Saúde Coletiva, que deveriam ser compostos por membros de todas as equipes de PSF e o gestor local, teriam por objetivo fazer uma leitura das informações em saúde de cada unidade identificando as dificuldades, fragilidades que devem ser enfrentadas pelo coletivo de trabalhadores como um todo ou por uma das equipes.

As ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento. Essas ações devem estar fundamentadas nos princípios do SUS e nos da Reforma Psiquiátrica, são princípios fundamentais desta articulação entre saúde mental e atenção básica: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersetorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade/interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania e autonomia dos usuários e familiares (BRASIL, 2003:03).

Assim, algumas das diretrizes do modelo adotado por Campinas, também são apontadas em nível nacional, diretrizes essas que se olhadas de perto referendam, na verdade, os princípios do SUS e se constituem como norteadoras das ações em saúde para atingir tais princípios.

Por exemplo, por meio do apoio matricial, uma generalista³⁶ cria um grupo de medicação para pacientes em uso crônico de benzodiazepínicos, pois não agüenta mais que batam na porta de seu consultório para pedir receitas, receitas que ela, enquanto médica, repetia muitas vezes sem sequer ver o paciente (quem vinha era algum parente – que quase sempre também tinha alguma queixa própria). Como resolver? Discute daqui, pensa de lá. Monta-se o grupo, a equipe rastreia seus pacientes, os agentes vão atrás, o “psi” ajuda a pensar como levar o grupo... Lá estão, quatro grupos mensais, momentos de reflexão sobre a vida, o processo de adoecimento, é possível tirar benzo e colocar homeopatia, é possível caminhar, fazer, viver (desse grupo nasce um grupo de vivência com a TO, onde fazem artesanato). Vale salientar que o profissional “psi” não participou do grupo diretamente, seus protagonistas foram a médica, os agentes e auxiliares. Esta, com certeza, é uma ação que muda a dinâmica do processo de trabalho, que muda a relação do paciente com seu processo de adoecimento, com a medicação e o serviço.

³⁶ Fato real ocorrido em um dos CSs da região Noroeste.

Assim o apoio matricial teria por objetivos:

a) contribuir para o acolhimento da demanda em sua complexidade visando impedir a psiquiatrização e psicologização do sofrimento; b) socializar, contextualizar, transformar e produzir saberes em conjunto com as equipes de referência locais (Saúde da Família – Paidéia); c) compartilhar responsabilidades e assim regular o fluxo; d) favorecer a ampliação e diversificação das ações, potencializando a construção de novos dispositivos de atenção em resposta às necessidades do usuário; e) contribuir para a flexibilização e abertura institucional no que se refere a olhares, saberes, poderes, normas, ações e relações, garantindo o acesso e a participação do usuário, etc (BRAGA CAMPOS e NASCIMENTO, 2003:02)

Dentro dessa proposta seria esperada uma alteração significativa no foco das ações, uma equipe de PSF responsável pelas famílias de um determinado território e não mais um Centro de Saúde responsável por uma área de cobertura. O foco passaria a ser os sujeitos, sujeitos trabalhadores responsáveis por sujeitos cidadãos que moram num território que pode ter agruras mil, mas que também terá recursos que precisam ser descobertos.

Com o Paidéia-Saúde da Família o eixo fundamental passa a ser a equipe de referência às famílias adscritas a um conjunto de profissionais e não mais a um equipamento com área de cobertura. Tanto a equipe de referência quanto seus pacientes tornam-se mais singulares e com mais pertença, aumentando a possibilidade de interação em um território cheio de relações e recursos a serem descobertos, vividos, potencializados e até transformados. O vínculo se estabelece ao percorrermos essa nova territorialidade: é no exercício da co-gestão que se irão construindo contratos e compromissos (BRAGA CAMPOS et al., 2001: 02).

A descoberta e responsabilização pelo território e por suas famílias impõem um leque de necessidades e demandas que ampliam e levam a uma extrapolação do espaço do Centro de Saúde. Devem se tornar parte da rotina as discussões intersetoriais e com profissionais de outros serviços. As ações devem ocorrer alavancadas por um projeto

singular para as famílias mais vulneráveis e em situação de risco (BRAGA CAMPOS et al., 2001). Note-se que a nova organização do processo de trabalho impõe uma mudança na postura do trabalho individual de cada um, ao mesmo tempo, a nova forma de organização e divisão do trabalho não são garantia de que a mudança esperada acontecerá na prática.

Busca-se reverter a lógica do modelo hierarquizado, na qual eram feitos encaminhamentos de acordo com os níveis de complexidade de cada serviço, aos quais o usuário deveria se adequar.

A responsabilização compartilhada dos casos exclui a lógica do encaminhamento, pois visa aumentar a capacidade resolutive de problemas de saúde pela equipe local. Assim, ao longo do tempo e gradativamente, também estimula a interdisciplinaridade e a ampliação da clínica na equipe. A ampliação da clínica significa o resgate e a valorização de outras dimensões, que não somente a biológica e a dos sintomas, na análise singular de cada caso. Assim, riscos como os sociais e outros se incorporam a avaliação clínica (BRASIL, 2003:04)

Do profissional de Saúde Mental é esperada a ampliação de ações e de olhares, a praça, as ruas, o dono do bar, o vizinho, a casa, tornam-se possibilidades de parceiros e de novos “settings”. A caminhada, o grupo de senhoras, o futebol são algumas das possibilidades de novas intervenções. A partir dessa nova possibilidade de inserção dos profissionais e de acesso por parte dos usuários, abre-se uma porta por onde entrarão casos mais complexos. Diante disso, o profissional passa a ter que lidar com situações para as quais pode não estar preparado.

O sair a campo determina mudanças no trabalho que não nos faz menores ou ‘menos científicos’ e muito menos portadores de uma assistência à saúde mental para a pobreza, mas determina a busca de enriquecer as relações sociais e de cidadania, tão empobrecidas na sociedade atual, que trará resultados importantes para nossa especialidade clínica e para nossa formação de psicoterapeutas (BRAGA CAMPOS et al., 2001).

No redesenho do papel profissional e na divisão por equipes de referência há uma intenção de que cada equipe tenha um profissional da Saúde Mental de referência, não importando se existe equipe mínima de Saúde Mental naquela determinada unidade. Assim, os profissionais da Mental atuam no campo oferecendo apoio matricial para as equipes de referência e se recolhem a seu núcleo profissional para atender a demanda das pessoas atendidas pelo Paidéia (BRAGA CAMPOS, 2001).

Toda clínica deve levar em conta os aspectos subjetivos da relação e de vida das pessoas, sua singularidade e daí seu Projeto Terapêutico Singular (PTS). Uma atuação da saúde mental enquanto campo onde encontram-se profissionais de várias clínicas e diferentes inserções profissionais e pessoas da assistência pública ou comunitária. Este modo melhora os alcances da atuação do núcleo profissional: uma clínica ampliada que leva em conta o território não só geográfico, mas o subjetivo, histórico e biográfico do usuário, onde o profissional e usuário devem ser sujeitos na relação, no tratar e cuidar das necessidades. (BRAGA CAMPOS et al., 2001:04).

O trabalho da Saúde Mental, dessa forma tem que se dividir em duas frentes, é necessário um desdobramento da prática desses profissionais, que exige um novo modo de olhar e entender a própria atuação na Saúde Pública (BRAGA CAMPOS et al., 2001).

a) apoio e acompanhamento às equipes locais de referência com o objetivo de trocar conhecimentos e auxiliar a formação de um raciocínio generalista e multidisciplinar destas equipes, com discussão de casos; e, b) assistência especializada aos casos demandados pela e para a clínica. Partindo dela – uma clínica ampliada – reformular a atenção à saúde mental, saindo do programado nível secundário, ambulatorial, ou mesmo dos CAPS como “intermediários, para um movimento através das demandas das equipes do Paidéia por todo o território (BRAGA CAMPOS et al., 2001:04).

Com este modelo de assistência em saúde, o salto desejado, mas não alcançado na gestão anterior em 89/90, de conseguir desvincular a atenção em Saúde Mental da amarra da hierarquização, torna-se agora idealmente possível com a territorialização da

assistência que se dá em todos os “níveis”, ou melhor, o nível passa a ser um só, o do território e as ações devem se dar nele, sob a responsabilidade e co-responsabilidade necessária de um ou mais serviços (CS, CAPS, CEVI, CRIAD, ONGs, escolas, núcleos, entre tantos outros³⁷), balizada pela vulnerabilidade e risco das famílias, avaliada pelos sujeitos trabalhadores e pactuada através de um projeto terapêutico com sujeitos usuários. Digo idealmente, pois, na prática, no cotidiano nem tudo se dá da maneira idealizada, muitos são os atravessamentos que se dão num processo como esse, mas com certeza algumas possibilidades passam a ser viáveis e factíveis a partir de tais diretrizes.

Com a formação da equipes de PSF e o início do apoio matricial espera-se um processo de reorientação da demanda, que antes enchia a agenda da Saúde Mental. As equipes de referência deveriam também tornar-se responsáveis pelas mulheres deprimidas, as mães que não conseguem impor limites aos filhos, as crianças com ciúmes dos irmãos recém-nascidos, o idoso solitário, a criança com queixa escolar, etc. Através do apoio matricial, os casos e situações são/deveriam ser discutidos e surgem outros olhares, saberes e projetos desenvolvidos por agentes de saúde, auxiliares de enfermagem, generalistas, pediatras, ginecologistas, etc. em parceria com pessoas da comunidade, que habitam um território cada vez mais vivo e repleto de possibilidades.

O que permanece e continua, na saúde mental, são nossos usuários vindo dos mais diferentes caminhos da exclusão e que de nossa assistência necessitam: psicóticos, alcoolistas, drogaditos, crianças violentadas ou negligenciadas, etc. Contudo vale reafirmar que o setting tradicional da clínica – o consultório – reparte e cede lugar a rua, a casa, a praça, quando o determinante na terapêutica é a relação - a escuta e o discurso -, seja em qualquer desses lugares, possibilitar a inclusão da pessoa na vida social passa a ter valor psicoterapêutico (BRAGA CAMPOS et al., 2001:04).

³⁷ Formando o que se chama Rede, veremos a frente de que forma as redes estão formadas e o desenho de modelo diferenciado que ele proporciona na lógica da assistência.

O profissional de Saúde Mental que antes fazia parte de uma área de atuação; o programa de saúde mental, tendo pouca relação (quando tinha, informal e dependendo de interesse e perfil do profissional) com o restante da equipe, é agora protagonista das equipes; um ator com mais voz e escuta.

Dessa forma, amplia-se e muito a participação e protagonismo do profissional de Saúde Mental. Seu desafio com certeza é maior, pois depende muito dele a negociação com os outros profissionais para que a escuta desses seja outra, para que o acolhimento da queixa seja real, não se resumindo a encaminhamentos para a Saúde Mental. Torna-se necessária a publicização das ações e conceitos. Com certeza a rotina de trabalho torna-se repleta de pactos para dentro e fora do serviço, contratos e compromissos assumidos cotidianamente. Participação em diferentes rodas para a troca e a construção de novas formas de assistência.

O grande desafio é que a lista de espera ou outras formas de repressão da demanda se transforme e consiga ocupar os espaços coletivos de convivência. A maior contribuição para a prevenção e a promoção à saúde mental sejam as possibilidades de facilitar a relação e o convívio entre as pessoas (BRAGA CAMPOS et al., 2001: 05).

Os profissionais sediados nos Centros de Saúde (CS) compõem as redes de atenção à infância e aos dependentes químicos – não apenas o uso abusivo de álcool e drogas ilícitas, mas também ao que o sistema de saúde ofertou até então, aos depressivos e ansiosos: a dependência das drogas lícitas. Esse trabalho, dos profissionais de CS, deve ser apoiado pelos outros profissionais que estão na rede de reabilitação psicossocial (CAPS, Oficinas e Centros de Convivência) e os centros de referência técnico-assistencial (apoio e capacitação) em alcoolismo e drogadição. O CS não é local menor como em uma rede hierarquizada, mas acompanha as pessoas em todos os momentos de sua vida, possibilitando assistência à criança violentada, orientação à família, grupos de alcoolistas e drogaditos (BRAGA CAMPOS et al., 2001).

O conceito de REDE deve ser entendido como conceito que ultrapassa a intersectorialidade, pois além de ser intersectorial, a rede deve ser constituída na própria comunidade, onde as ações serão desenvolvidas, incorporando parcerias com os equipamentos oficiais e os não governamentais (...) deve envolver também a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas ou diferenciadas (...) favorece o próprio reconhecimento do indivíduo, de sua auto-imagem, na formação de sua identidade. Ela não se limita à família nuclear ou extensa, mas inclui todo o conjunto de vínculos interpessoais do sujeito: família, vizinhança, amigos, escola, inserção comunitária e de práticas sociais (BRAGA CAMPOS et al., 2001:10).

Como pano de fundo para a rede de atenção tem-se como diretriz a necessidade de auxiliar/incentivar a implementação de Centros de Convivência e Cooperativas e frentes de trabalho para a geração de renda.

Dessa forma a atenção em Saúde Mental tendo como pano de fundo os Centros de Saúde, os Centros de Convivência e as Oficinas de Trabalho para a geração de renda, organizam-se em redes. Rede da criança e do Adolescente, Rede de Dependência Química e Rede de Atenção Psicossocial. Nessas redes, todos os serviços são fundamentais e o que baliza o protagonismo é o Projeto Terapêutico Singular de cada usuário. Assim, a assistência em Saúde Mental em Campinas organiza-se através da lógica de redes de assistência.

Por meio de ações cada vez mais integradas busca-se efetivar uma rede de atenção que possa propiciar às crianças e adolescentes situações de convívio marcadas por boas trocas afetivas. Reverter o modelo de exclusão na infância é mais um dos grandes desafios a serem enfrentados.

Os profissionais da Saúde Mental não devem ser os únicos responsáveis por trazer para a roda das equipes de Saúde da Família a discussão dos conceitos pertinentes à questão da criança e do adolescente. Cada equipe de Saúde da Família deve problematizar e disparar projetos que possibilitem enfrentar a negligência, a violência e a exclusão tão comuns nessa faixa etária.

Especificamente no enfoque da família dessas crianças e adolescentes, o profissional de saúde mental deve:

a) agir como facilitador para compreensão diagnóstica da situação familiar; b) ampliar a percepção do papel da família como espaço de construção da identidade individual e coletiva; c) transmitir conhecimentos sobre a evolução histórico-social da família e da criança, subsidiando as equipes (incluindo os agentes de saúde) no sentido de respeitar as diferenças culturais de cada família e as várias formas de organização familiar; d) sensibilizar a equipe quanto à vulnerabilidade das famílias na situação de precariedade econômica e a importância do fortalecimento dos laços afetivos (intra-familiares e extra-familiares) (BRAGA CAMPOS et al., 2001:11).

Com base nessas abordagens/enfoques, o profissional de Saúde Mental deverá realizar discussões de caso com as equipes do Paidéia-Saúde da Família e apoiar/articular as diferentes equipes de PSF, propiciando que toda a unidade se responsabilize pelo seu território. Sempre considerando os preceitos do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a necessidade de trabalhar/construir rede de atenção (BRAGA CAMPOS et al., 2001).

Para que o trabalho em REDE? Sua utilização amplia capacidades de solução; acrescenta outros olhares e opiniões a uma dada situação, levando a um diagnóstico mais eficiente e a uma maximização da utilização de recursos e espaços públicos e da comunidade e, assim, a uma maior resolutividade, num crescendo de solidariedade incondicional à criança e ao adolescente, sujeitos de direito (CAMPINAS, 2001:17).

É pertinente salientar que devem ser atendidos pela Saúde Mental os casos que realmente necessitem de uma atenção específica destes profissionais, com orientação familiar e da escola/professor quando houver necessidade.

Existe ainda a possibilidade de parceria e atendimentos específicos nos serviços de referência à criança e à adolescência: CEVI (Centro de Vivência Infantil), CRAISA (Centro de Referência e Atenção Integral à Saúde do Adolescente) e SADA (Serviço de

Atenção à Dificuldade de Aprendizagem). Estes serviços também deveriam trabalhar, numa lógica territorial, dividindo suas equipes por regiões, possibilitando dessa forma um matriciamento para as equipes de Saúde da Família e profissionais da Mental. Dessa forma é possível que membros dessas equipes responsáveis por determinado território discutam no Centro de Saúde com a equipe de Saúde da Família o “caso” de uma determinada criança ou adolescente atendido por eles ou vice-versa. Reversão da lógica de referência/contra-referência, a cada discussão, a cada construção de projeto trilha-se um outro percurso: a co-responsabilização.

Os dependentes químicos estão entre os nossos usuários mais assíduos, passam pelos serviços, mas rotineiramente caem na lista de nossas impotências frente a um dos graves problemas de Saúde Pública.

A avaliação da situação das dependências químicas, no município, mostrou que esta demanda é responsável pela utilização de leitos psiquiátricos (cerca de 40 % das internações). As várias abordagens de tratamento convergem para a proposta de ampliação da atenção preferencialmente ambulatorial, mas dispersam em resultados onde o desaguador é sempre a internação. Há pouca participação de outros profissionais, além da área de saúde mental, nas ações de promoção da saúde e assistência direta aos usuários e familiares e, por fim não há sistematização das ações na atenção a esta demanda, com unidades iniciando solitariamente, contato com outros potenciais parceiros dentro da área da saúde e da promoção social (CAMPINAS, 2001:16).

Muitas são as dificuldades, CRIAD e NADEQ trabalham de maneira diversa, o que dificulta que eles sejam referência em apoio matricial para diferentes regiões da cidade. Nos Centros de Saúde, há uma grande resistência por parte das equipes de referência e mesmo dos profissionais da Saúde Mental em pensar projetos de enfrentamento para tão grave problema. Assim, as pessoas caem nos buracos de uma rede difícil de ser tecida e sustentada. Muitos vão para internação fora de Campinas, encaminhados principalmente pelo PS da PUCC e UNICAMP.

A rede de reabilitação psicossocial é formada pelos Caps, que enfrentam hoje o desafio de se tornarem realmente substitutivos ao hospital psiquiátrico. Campinas conta hoje com quatro CAPS 24hs nas regiões Norte, Leste, Sul e Sudoeste. Sendo que, na Região Sudoeste, por sua área populacional e de SUS dependentes, está em processo de implantação mais um CAPS 12h que oferecerá apenas hospitalidade diurna. O CAPS da região Noroeste encontra-se em processo de mudança e adequação do espaço físico e de equipe para tornar-se 24h.

Redesenhando o território: as possibilidades de novos “mapas”

Tomando-se por base as diretrizes sinalizadas até o momento para a Saúde Mental, pode-se apresentar um mapa da cidade, composto pelos serviços já existentes e outros criados recentemente, entretanto, todos passando por nova lógica na assistência. Mapa esse que não pode ser apenas cartográfico, mas repleto de subjetividades, de vida, de recursos, de um movimento que agrega e desagrega. Descobrir tesouros, garimpar em meio às dificuldades... O mapa é redesenhado a cada instante de relação...

Campinas é uma cidade paulista de 1.018.288 habitantes, com cinco Distritos de Saúde: Norte com 181.717, Leste com 217.751, Sul com 269.991, Sudoeste com 194.577 e Noroeste com 155.248. As Regiões Noroeste e Sudoeste juntas compõem a Região Oeste, mais populosa, carente, violenta e com maior número de SUS dependentes³⁸.

A Rede de Atenção à Saúde Mental de Campinas é composta:

Pelos serviços próprios municipais, envolvendo 23 Centros de Saúde com (77) profissionais especialistas em Saúde Mental, um Centro de Referência e Informação de Alcoolismo e Drogadição (CRIAD – cadastrado como CAPS II- AD³⁹), um Centro de Vivência Infantil (JEVI – cadastrado como CAPS II infantil), um Centro de Atenção Integral à Saúde do Adolescente (CRAISA – CAPS infantil AD), um Serviço de Atenção em Dificuldade de Aprendizagem (SADA), três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS

³⁸ Fonte: IBGE. Base de Informações por Setor Censitário. Censo Demográfico 2000. Resultados do Universo. Rio de Janeiro, 2002. Elaborado na Coordenadoria de Informação em Saúde – DGDO/SMS-Campinas/SP

³⁹ AD – álcool e drogas.

Novo Tempo, Integração e David Capistrano), os Centro de Convivência Tear das Artes e Paranapanema e Oficina Unificada, duas residências terapêuticas com nove moradores.

Pelos serviços em co-gestão do Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, que são 3 CAPS (Estação, Esperança e Antonio da Costa Santos), Armazém das Oficinas com 9 modalidades de trabalho remunerado e 175 usuários, 29 residências terapêuticas com 117 pessoas, uma pensão protegida com 29 moradores, um núcleo clínico com 32 internos, um núcleo de internação integral com 30 leitos, um Núcleo de Atenção ao Dependente Químico (NADEQ) com 30 leitos, um Centro de Convivências com atelier de artes plásticas, grupo de teatro, um jornal trimestral, uma casa-escola em parceria com a Secretaria de Educação e mais alguns profissionais nos CAPS municipais (BRAGA CAMPOS et al., 2001).

Os serviços e profissionais estão distribuídos pelas regiões (Distritos de Saúde) da seguinte forma:

- Distrito Norte: Caps Estação (funcionando 24h com 8 leitos), CRAÍSA, 5 Centros de Saúde com equipes de Saúde Mental, totalizando 13 profissionais (de um total de 8 Centros de Saúde com 25 equipes de Saúde da Família);
- Distrito Leste: Caps Esperança (funcionando 24h com 8 leitos), CEVI, CRIAD, NADEQ (com 25 leitos de internação para dependência química), Centro de Convivência do SSCF, Cândido Ferreira (com 30 leitos de internação) e 6 Centros de Saúde com equipes de Saúde Mental, totalizando 16 profissionais (de um total de 8 Centros de Saúde com 26 equipes de Saúde da Família);
- Distrito Sul: Caps Antonio da Costa Santos (funcionando 24h com 8 leitos), SADA, Centro de Convivência do Paranapanema, 4 Centros de Saúde com equipes de Saúde Mental (de um total de 13 Centros de Saúde com 36 equipes de Saúde da Família). Essa região por ser bastante grande terá mais um Caps que funcionará na parte mais carente de sua região.

- Distrito Sudoeste: Caps Novo Tempo (funcionando 24h com 8 leitos) e Caps David Capistrano Filho, Centro de Convivência Tear das Artes, 3 Centros de Saúde com equipes de Saúde Mental, totalizando 11 profissionais (de um total de 10 Centros de Saúde com 35 equipes de Saúde da Família);
- Distrito Noroeste: Caps Integração (em fase de implementação de recursos para tornar-se 24 h), Centro de Convivência e Cooperativa “Toninha”, 4 Centros de Saúde com equipes de Saúde Mental, totalizando 12 profissionais (de um total de 8 Centros de Saúde com 26 equipes de Saúde da Família).

Pensando a assistência e os redesenhos possíveis, as redes são como círculos que se sobrepõem e se interligam, tendo no centro os Centros de Saúde e como pano de fundo os Centros de Convivência, as Oficinas de trabalho e todos os recursos possíveis existentes no território e que possam, em alguma medida, compor com os projetos terapêuticos.

Esse é um processo em construção, em transformação. Em dois anos, avançou-se mais em alguns lugares, menos em outros. Há regiões que contam ainda com poucos profissionais da Saúde Mental, o que dificulta tanto no apoio matricial quanto na resolutividade de casos que realmente necessitam de uma atenção nuclear desses profissionais. Muitas são as dificuldades, esbarra-se em todo tipo de obstáculo, a violência que aumenta as mazelas, a solidão que invade a vida das pessoas, a miséria social e a exclusão, a falta de sintonia entre a formação profissional e a realidade dos serviços, a resistência dos profissionais pelos mais variados motivos, a falta de recursos humanos e materiais, e tantos mais...

Apesar disso, muitas são as experiências exitosas, a ampliação das redes de solidariedade, as descobertas de parceiros, companheiros, a construção conjunta de uma real autonomia para os sujeitos: profissionais e usuários. De tantos encontros surgem projetos mil, rodas, música, teatro... A vida do território invadindo o Centro de Saúde, perpassando as equipes que caminham por suas ruas, transformando a cultura dos profissionais, revertendo o modelo de atenção à saúde.

“Que inquietação do fundo nos soergue?

O desejar poder querer.”

(Fernando Pessoa)

A INTEGRALIDADE EM SAÚDE MENTAL: O TERRITÓRIO E A CONSTRUÇÃO DE OUTROS SETTINGS

Neste capítulo será feita uma reflexão sobre os conceitos de integralidade e território, já que os mesmos são fundamentais para a assistência em Saúde Mental e tornam-se chaves significativas no modelo proposto pelo projeto PAIDÉIA.

A integralidade das ações em Saúde Mental dependem, como já se viu da forma de organização do sistema de saúde. A hierarquização na assistência torna-se um impeditivo que burocratiza as ações e impedem a integralidade de fato. Um modelo que tenha como prerrogativa a territorialização, em si, enquanto conceito permite de fato uma integralidade maior na atenção.

Ora, ao conhecer o território com todas as suas possibilidades e dificuldades, ao tornarem-se responsáveis pelas famílias que ali habitam, os profissionais adquirem um grau de contextualização, vínculo e pertença que com certeza reflete na assistência prestada.

Mais do que entregar ao “usuário” que mora na “área de cobertura” do CS uma guia de “referência e contra-referência” para o serviço de maior “complexidade”, encaminhando-o assim, da atenção “primária para a secundária”, sem saber que destino teve na vida aquela pessoa, inverte-se a lógica da assistência. Assim, a pessoa mora na rua que a sua equipe de PSF conhece, numa família com mais ou menos dificuldades, que tem vizinhos mais ou menos facilitadores que, em função de risco e vulnerabilidade, tem um projeto singular terapêutico, discutido pela equipe, negociado com ele e a família, os vizinhos, a igreja, a escola... Essa pessoa que tem tal grau de dificuldade, que precisa também da assistência de um outro serviço, por ex. o CEVI⁴⁰, recebe do CS a contratualidade dos agentes de saúde que o ensinam a ir até lá, indo junto, depois indo até o ponto do ônibus, etc., seu caso é discutido pela sua equipe com a equipe do CEVI e com quem mais for necessário.

⁴⁰ Centro de Vivência Infantil

Integralidade e interdisciplinaridade: possibilidades na atenção à saúde...

Faz-se necessária uma discussão sobre a forma como a integralidade, preconizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e conseqüentemente a interdisciplinaridade, tem se articulado enquanto ações verdadeiramente capazes de atender às demandas das pessoas que procuram os serviços de saúde. A organização do SUS é fundamental para auxiliar nessa reflexão.

Segundo a Revista Virtual da Secretária Municipal de Saúde de Campinas (Campinas, 2001) e ABC do SUS (1990:9-10), fundamentado nos preceitos constitucionais, a construção do SUS deve se basear nas seguintes diretrizes:

- **Universalidade:** é a garantia de atenção à saúde de qualquer cidadão pelo Sistema de Saúde.
- **Equidade:** é o princípio de que o acesso aos serviços em seus variados níveis de complexidade, devem ser adequados à necessidade específica de cada cidadão, sem barreiras e sem privilégios.
- **Integralidade** é o reconhecimento de que:
 - ✓ Cada pessoa é um todo indivisível, integrante de uma comunidade;
 - ✓ As ações de promoção, proteção e recuperação da saúde não podem ser compartimentalizadas;
 - ✓ As unidades de saúde, com seus diversos graus de complexidade configuram-se capazes de prestar atenção integral aos indivíduos;

Enfim, Saúde é direito de cidadania e dever do Governo Federal, Estadual e Municipal.

O homem é um ser integral, bio-psico-social⁴¹, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar sua saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990:10).

⁴¹ A visão de homem biopsicosocial, está calcada na proposta de Reforma Psiquiátrica, fundada no modelo da OPAS, e por sua vez, no preventivismo da Atenção Primária à Saúde, na qual existe: “um novo objeto – a saúde mental; um novo objetivo – a prevenção da doença mental; um novo sujeito de tratamento – a coletividade; um novo agente profissional – as equipes comunitárias; um novo espaço de tratamento – a comunidade; e uma nova concepção de personalidade – a unidade biopsicosocial”. (Costa e Birman *apud* Braga Campos, 2000a:61)

Assim, para SCHRAIBER (1999), a integralidade vem sendo discutida e colocada como questão nas políticas governamentais, desde os anos 80. Foi pensada primeiramente como articulação entre instituições prestadoras de serviços; integração entre o serviço público e o privado contratado nos cuidados à saúde; ou, entre subsetores de saúde pública e de medicina previdenciária, no interior dos próprios serviços públicos. Posteriormente, foi pensada como uma questão de gerência dos serviços.

Dessa forma, para a autora, existem ações em dois âmbitos: na de projetos tecno-sociais e a ação que os realiza nos serviços, na forma de cuidados. A partir dessas ações são desenhadas as “características do melhor modelo assistencial” e da boa prática em saúde.

CECÍLIO (2001), discute que as necessidades de saúde das pessoas devem ser tomadas como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção. Isto implicaria numa reorganização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde.

As necessidades de saúde, para o autor, poderiam ser sistematizadas em quatro grandes conjuntos de necessidades:

- Boas condições de vida, entendendo que a maneira como se vive traduz-se em diferentes necessidades de saúde;
- Possibilidade de acesso e de poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, defendendo que não é possível hierarquizar as tecnologias necessárias para melhorar e prolongar a vida, na medida em que a necessidade de cada tecnologia de saúde é sempre definida a partir da necessidade concreta de cada pessoa, em cada momento vivido.

A hierarquia de importância do consumo das tecnologias não a estabelecemos unicamente nós, técnicos, mas, também, as pessoas com suas necessidades reais (CECÍLIO, 2001:03).

- Outra necessidade importante diz respeito à criação de vínculos entre usuários e equipes/profissionais, vínculo entendido como relação de confiança, e não apenas vínculo por proximidade geográfica com o serviço, mas aquele que se estabelece entre sujeitos, construído através do tempo, encontro de subjetividades;
- O último conjunto de necessidades refere-se à necessidade dos sujeitos de conseguirem “*ter graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida*”, ou seja, é uma necessidade de saúde, de vida que as pessoas tenham um mínimo de capacidade contratual⁴², assim informação e educação em saúde seriam uma parte desse processo de construção de autonomia.

A autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos sujeitos, dos sentidos de sua vida e esta resignificação ter peso efetivo no seu modo de viver, incluindo aí a luta pela satisfação de suas necessidades, da forma mais ampla possível (CECÍLIO, 2001:03).

Abre-se um leque de reconceitualizações, que irão permear a discussão que se pretende fazer a respeito da integralidade como pré-condição para o estabelecimento de ações realmente capazes de suprirem as necessidades dos sujeitos que procuram o atendimento em Saúde Mental. Integralidade essa que se traduz para a pessoa em ação efetiva, mas que antes de chegar até ela, deve-se traduzir também para a equipe em: boas condições de trabalho; acesso e poder de consumir saberes, abandonando a hierarquia técnica que permeia o trabalho em saúde; criação efetiva de vínculos entre a equipe/equipe, equipe/população e equipe/serviço; e, a possibilidade de cada profissional de fazer contratos entre si. Ou seja, não há integralidade de fato, sem interdisciplinaridade real!

⁴² Capacidade de contratualidade, poderia ser definida como o poder que cada um tem na vida de realizar contratos na relação com os outros, poder esse que uns têm mais, outros menos e alguns têm zero capacidade contratual. No cap. 4 “Processo de Trabalho e Clínica Ampliada”..., esse conceito e essa necessidade serão mais amplamente discutidos.

Para que as necessidades das pessoas sejam atendidas e a equipe possa fazê-lo, entra em jogo a capacidade de escuta e tradução do que sejam essas necessidades e de como atendê-las. CECÍLIO (2001), fala de integralidade focalizada, baseada nas necessidades,

Assim, a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde, poderia ser definida como o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível, tais necessidades, sempre complexas, mas, principalmente tendo que ser captadas em sua expressão individual (CECÍLIO, 2001:05).

A integralidade, pretendida, só poderá ser alcançada com a troca de saberes e práticas. Ainda assim, um único serviço jamais poderá atingir a integralidade plena. Existirão, em alguma medida, necessidades que só poderão ser atendidas através da articulação com outros serviços, uma ampliação da integralidade que deve ocorrer dentro de cada serviço, entre cada equipe, integralidade na micropolítica do serviço, seja ele, um Centro de Saúde, um CAPS, uma equipe de PSF, um hospital (CECÍLIO, 2001).

Em Campinas, com a criação das redes de reabilitação psicossocial, da criança e adolescente e da dependência química, busca-se organizar uma rede integrada entre os serviços, na qual todos possam ser porta de entrada numa assistência territorializada.

Segundo CECÍLIO (2001), a constatação de que um único serviço nunca poderá atender a todas as necessidades, remete a uma segunda dimensão da integralidade da atenção, que ocorre como resultado da articulação entre os diversos serviços, sejam eles, de saúde ou não. Esta seria a integralidade que ocorre na macropolítica e que se realiza enquanto “*integralidade ampliada*” em uma rede de serviços. Sem a possibilidade de acesso a essa rede não há integralidade possível.

Precisamos deslocar nosso foco de atenção da ‘atenção primária’ como lugar privilegiado da integralidade. Aliás, integralidade não se realiza nunca em um serviço; integralidade é objetivo de rede (CECÍLIO, 2001:07).

Os mesmos princípios que devem valer para o serviço, enquanto ações que articulam e possibilitam uma atenção integral às necessidades dos sujeitos, devem existir entre os serviços, ou seja, vínculo, acesso, contratualidade, condições de trabalho.

Nesse sentido, para a Saúde Mental é essencial a criação de redes integradas entre si, as ações intersetoriais seriam a expressão da “*integralidade ampliada*”.

Novos caminhos, outras visões... Possibilidades de construção de um novo modo de fazer saúde. É isso que CECÍLIO sugere,

(...) é necessário pensar novos fluxos e circuitos dentro do sistema, redesenhados a partir dos movimentos reais dos usuários, dos seus desejos e necessidades e da incorporação de novas tecnologias de trabalho e de gestão que consigam viabilizar a construção de um sistema de saúde mais humanizado e comprometido com a vida das pessoas (CECÍLIO, 1997:9).

Na saúde, de uma forma geral, a questão da Integralidade, tornou-se um desafio!

(...) a integralidade em saúde esteve sempre explicitada como intenção e necessidade da ação pública, isto é, as intervenções que consolidariam o sistema único de saúde brasileiro, o SUS (Schraiber, 1999:01)

Ao discutir-se a integralidade, abre-se a possibilidade de reflexão a respeito do saber especializado de cada profissional,

(...) reconhecer os limites e articulações com outras técnicas, demanda um raciocínio crítico que não pode se dar apenas por parte de cada profissional por si, senão nas suas interfaces com o paciente e com os demais profissionais cujas ações lhe são complementares (SCHRAIBER, 1999:02).

Ou seja, não é possível pensar a integralidade sem associá-la a um partilhar real de saberes e decisões, que por sua vez, remete a questões diretamente relacionadas ao trabalho em equipe de uma forma diferenciada.

(...) as ações técnicas não são apenas a produção de um produto no trabalho cotidiano, mas são também trocas intersubjetivas e comunicação; (...) as ações técnicas não são só dependentes do conhecimento e dos saberes específicos, mas são momentos de interação entre profissionais na aplicação de disciplinas científicas. A integralidade não se resume, pois a uma interdisciplinaridade, e esta não é a mesma coisa que trabalho em equipe, o qual deve conter a comunicação interprofissional (SCHRAIBER, 1999:03).

Concluindo, a atenção integral às necessidades das pessoas que procuram os serviços depende efetivamente de: rearticulação de saberes, práticas e poderes; efetiva relação entre todos os atores sociais envolvidos (usuários, familiares, profissionais, gestores, comunidade, etc.); articulação da rede de serviços de saúde; articulação de ações intersetoriais; reorganização da lógica do trabalho interdisciplinar; crítica da forma como os modelos tecno-assistenciais têm sido organizados; enfim, ações em nível micro e macropolítico.

CECÍLIO (1997), discute a possibilidade de pensar-se a hierarquização no sistema a partir de outra forma geométrica, que não seja a pirâmide com seus níveis de complexidade: primário, secundário e terciário. Essa discussão, mais do que um jogo de palavras ou formas, afirma a realidade de que todo sistema funciona como porta de entrada para as pessoas, e como tal, os serviços devem responsabilizar-se pelas mesmas de forma efetiva. Para isso, é fundamental funcionarem como uma rede integral de assistência à saúde.

Daí que se propõe um arredondamento da pirâmide, num movimento sutil, mas determinado, que quebrando seus duros ângulos, leve-nos a conceber o sistema de saúde como a mais perfeita forma geométrica conhecida pelos homens: o círculo (1997:9)

O círculo no lugar da pirâmide, o círculo que forma a rede. Que fique a imagem desta rede, entrelaçamento de linhas, idéias e práticas, que formam a malha, a teia, que dão sustentação, seja a um corpo que descansa da lida; ao peixe pescado no mar; a aranha que caminha entre galhos; ou, às pessoas, que em seu sofrimento de corpo e/ou de mente procuram ajuda... Que a rede, a teia possa sustentar, acolher, responsabilizar-se, vincular-

se de tal forma, que seu movimento, seu balanço e ritmo impeçam: o corpo de ir ao chão; o peixe de retornar ao mar; a aranha de flutuar no vazio do ar; e, a pessoa (com nome e história!) de morrer, enlouquecer, adoecer, padecer de todos os males, e ainda, da falta de uma atenção realmente integral!

O território e a construção de outros “settings”

Para que as nossas ações tenham a capacidade de atender às necessidades das pessoas que procuram os serviços de saúde, é essencial a articulação entre saberes, práticas e serviços, que podem ser serviços de saúde ou não.

Em Saúde Mental, todos os recursos existentes no território, sejam eles serviços de saúde ou não, são essenciais para a construção de nossa rede de atenção. Se a integralidade das ações de saúde, em geral, não podem e não são possíveis de serem realizadas por uma única equipe ou serviço, em Saúde Mental, esta impossibilidade ainda é mais expressiva.

Para que as ações sejam integrais, necessita-se de muito mais do que serviços de saúde. Faz-se imprescindível o envolvimento da escola, da igreja, da associação de moradores, das ONGs, da benzedeira, do sorveteiro, de todo e qualquer sujeito ou coletivo que possa auxiliar no processo de “*retomada da própria vida*”.

Dessa forma, o papel do território e da comunidade que o habita, na construção de outros “settings”⁴³ é fundamental para o fazer do psicólogo, para o campo da Saúde Mental.

A territorialização em saúde é um processo dinâmico de apropriação do espaço local, pelos profissionais de saúde, onde devem ser respeitados os atores sociais que o habitam com seus valores, crenças, cultura e a história de um território em permanente construção. A partir da compreensão do significado dessa inserção, as pessoas e os profissionais, podem desencadear processos de mudança das práticas de saúde, adequando-as aos problemas concretos daquela realidade, no processo saúde-doença (LORA et al., 2001).

⁴³ Cenário, contexto. Tradicionalmente o espaço do fazer do psicólogo clínico tem sido o consultório, o cenário envolve local e o contrato o contexto no qual o processo terapêutico será realizado.

A concepção de território é fundamental para o trabalho em Saúde Mental, segundo AMARANTE e GIVANELLA (1998), o território é uma estratégia de ação essencial na construção de um novo jeito de fazer Saúde Mental.

O território é uma força viva de relações concretas e imaginárias que as pessoas estabelecem entre si, com os objetos, com a cultura, com as relações que se dinamizam e se transformam. O trabalho no território não é a mesma coisa que estabelecer um plano psiquiátrico, ou de saúde mental, para a comunidade, mas trabalhar com as forças concretas para a construção de objetivos comuns, que não são os objetivos definidos pela psiquiatria (AMARANTE, 1998:145).

O trabalho no território constitui mais que adentrar o espaço físico e geográfico constitui-se num adentrar as subjetividades, a reconhecer as riquezas, as agruras. Segundo ROTELLI (1998), significa trabalhar sobre as instituições micros e macros, atravessá-las de forma crítica, implica em mudança nas relações de poder destrutivas que se criam nessas instituições, sejam elas, a família, o manicômio ou o Caps.

(...) comunidade pode ser um grande deserto, pode ser um lugar de anomia, mas no território e não na comunidade, existem forças vivas e não forças mortas existem jovens, existem os professores, existem os homens da cultura, existem as pessoas que buscam trabalhar sobre as inovações sociais, e é com essas pessoas que nós trabalhamos e devemos mais trabalhar se não queremos retornar ao gueto da psiquiatria. Então, o saber do paciente, o saber do sujeito paciente, o saber dos familiares, o saber do território, esses saberes que existem no território, devem ser incorporados em nossa prática (ROTELLI, 1998:155).

Nesse território vivo, composto de múltiplas subjetividades, de vida em processo de construção é que se dão as relações. Relação é a grande riqueza, portanto, a multiplicidade de trocas entre as pessoas deve ser favorecida pelos serviços e profissionais de saúde. O encontro entre diferentes subjetividades faz sair do buraco da loucura e da solidão.

O serviço deve ofertar suas potencialidades de relação tanto para a pessoa em sofrimento (adoecida) quanto para a comunidade, que compõem numa malha dialética e rica, um território vivo, lugar de relações. Escapar das garras burocráticas dos encaminhamentos significa adentrar o território, caminhar pelas ruas, chegar onde as pessoas habitam: suas casas, o bar, a escola, o campo de futebol.

(...) os lugares de contato serão os lugares de vida do paciente e os intermediários serão as pessoas significativas do seu ambiente
(DELL'ACQUA e MEZZINA, 1990:61)

Responsabilização pelo território, traduzida em disponibilidade para ir ao encontro de quem mais precisa...

A tomada de responsabilidade diz respeito, em primeiro lugar, à responsabilidade do serviço sobre a saúde mental de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo na sua promoção
(DELL'ACQUA e MEZZINA, 1990:62).

Essa tomada de responsabilidade não pressupõe um lugar definido para ocorrer. Este pode ser o Centro de Saúde ou o Caps, mas também pode e deve ser o ambiente de vida da pessoa (sua casa, escola, bairro, trabalho...), locais onde se relaciona, onde, portanto, ocorrem as dificuldades. Assumir a pessoa com seu sofrimento real e não desviá-la, burocraticamente, em setores separados de competência, acompanhar o sujeito na rede de organizações sociais e ativar outros serviços, fazem parte da responsabilização dos profissionais de saúde para com quem habita o território de sua competência. Integralidade e equidade!

GUATTARI (2000), discute a necessidade de uma articulação ético-política entre três registros ecológicos: o ambiente, as relações sociais e a subjetividade, a essa articulação deu o nome de ecosofia. O território, local do habitar, é composto de ambiente, relações sociais e subjetividade. Nesse *locus* exercemos nossas ações enquanto trabalhadores de saúde. Nesse *locus*, existe uma crise ecológica que não é apenas ambiental, mas também do convívio, das relações, da violência, da imensa solidão e falta de sentido do estar no mundo.

Dessa forma, a ação sobre a psique não pode ser descontextualizada das ações sobre as relações sociais e o ambiente. Do individual ao coletivo, os espaços, “*territórios existenciais*”, devem ser cultivados, construídos. O sofrimento individual deve ter um enfrentamento que ocorra no plano coletivo, na reestruturação das relações sociais e com a natureza.

Parece-me essencial que se organizem assim novas práticas micropolíticas e microssociais, novas solidariedades, uma nova suavidade juntamente com novas práticas estéticas e novas práticas analíticas das formações do inconsciente (GUATTARI, 2000:35).

Assim, adentrar o território mais do que trilhar ruas é reconhecer o caráter vivo e contraditório de sua composição, repleto de relações e de diferentes dimensões de cada pessoa, um leque de possibilidades que podem ser expandidas e enriquecidas.

Em termos de valores, a psicologia comunitária enfatiza a ética da solidariedade, os direitos humanos fundamentais e a melhora da qualidade de vida da população. Em termos éticos, trabalha-se no sentido de estabelecer as condições apropriadas para o exercício pleno da cidadania, da democracia e da igualdade. Em termos políticos, questionam-se todas as formas de opressão e de dominação e busca-se o desenvolvimento de práticas de autogestão cooperativa (CAMPOS, 1999).

Essa ética, esses valores, esse posicionamento político, não podem e não devem ser característico apenas da psicologia dita comunitária. Devem ser pré-condição para o trabalho do psicólogo, que como já foi dito anteriormente, é um psicólogo Clínico. É esse entrelaçamento de saberes dentro da própria especificidade da psicologia e no campo da Saúde Mental, aliado a uma ética solidária e cidadã, que permitem, possibilitam e favorecem a prática baseada no compromisso social e clínico com as pessoas.

Mais do que pensar a concepção de atuação é preciso também pensar e reestruturar a forma tradicional e hierarquizada dos serviços em Saúde Mental, pois, como já foi discutido, a forma do círculo e a idéia de rede, são condição necessária para a promoção, prevenção, cuidado e reabilitação em Saúde Mental.

Esta tarefa não se resume aos profissionais e serviços de saúde, mas deve fazer parte de suas ações, possibilitar condições no território para o exercício da cidadania, para as crianças, jovens, adultos, idosos, pacientes psiquiátricos. Ou seja, os espaços de convivência, estão vinculados à promoção de resiliência, de reabilitação psicossocial e de promoção de saúde.

Segundo RIBEIRO e BRAGA CAMPOS (2001:157), é possível “*agenciar a convivência*” que anda perdida, escondida e esquecida na nossa sociedade. Através da música, da pintura, do contar e ouvir histórias, da dança, do riso, do teatro, torna-se plausível recuperar “*a convivência saudável e solidária entre os humanos*”.

A convivência é a coexistência; o convivente é o que vive com outros; conviver é viver em comum; convívio pode ser um banquete de solidariedade...

A reconquista de um grau de autonomia criativa num campo particular invoca outras reconquistas em outros campos. Assim, toda uma catálise da retomada de confiança da humanidade em si mesma está para ser forjada passo a passo e, às vezes, a partir dos meios os mais minúsculos (GUATTARI, 2000:55).

Dessa forma, faz-se necessário desenvolver um trabalho no território, pois, é nos seus espaços de vida cotidiana (no domicílio, na rua, escola e rede social), que é possível desenvolver atividades de convivência para aprender/reconhecer/dar sentido à vida, reinvesti-la de esperança, para assim, enfrentar fortalecidos e com maior poder contratual a violência e a agressividade da cidade grande que se urbanizou desordenadamente.

Além disso, no contexto do território abre-se a possibilidade de enfrentar de maneira mais efetiva o sofrimento psíquico dos que buscam a psicologia, sendo, portanto, possível a ampliação da clínica psicológica.

“De primeiro as coisas

só davam aspecto

não davam idéias.

A língua era incorporante”.

(Manoel de Barros)

PROCESSO DE TRABALHO E CLÍNICA AMPLIADA: ALINHAVO DE SABERES E PRÁTICAS...

O objetivo deste capítulo é refletir sobre a forma como a organização do processo de trabalho, dentro de um projeto que se propõe a implementar mudanças na assistência, relaciona-se com a clínica efetivamente desenvolvida pelo profissional psicólogo.

Qualquer mudança de “*modelo tecno-assistencial*”, envolve necessariamente os trabalhadores e seu processo de trabalho, além de considerar as necessidades de saúde das pessoas. Assim, trabalhadores e usuários se produzem mutuamente no cotidiano dos serviços (Merhy, 1997b).

Segundo MERHY (1997b) a maneira como o trabalho é desenvolvido no dia a dia, o que o caracteriza, quem trabalha e como o faz, para quê e por quê, a quem e como serve, são reflexões necessárias, pois através do processo de trabalho e do encontro entre trabalhadores e usuários configura-se a “*produção de subjetividades*”. Por isso, em qualquer lugar de um serviço de saúde onde haja contato entre trabalhador (seja quem for) e usuário,

Há a produção de um processo de trabalho em saúde através das relações de acolhimento, de vínculo, com forte conteúdo de intervenção terapêutica (...) qualquer trabalhador pode interferir claramente numa dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo processo (MERHY, 1997b:76).

Portanto, a implementação de um projeto como o PAIDÉIA, necessariamente deve levar em consideração a forma como os trabalhadores têm organizado seu processo de trabalho. Considerando que organizar processo de trabalho envolve a formação profissional, os desejos e crenças do trabalhador e a capacidade do gestor para lidar com os conflitos e dificuldades inerentes a qualquer proposta de mudança.

Pensar em mudança leva à reflexão dos modelos enquanto instituintes e instituídos e a força que têm no cotidiano a partir da ação de cada trabalhador. Segundo TESTA (1997), para avaliar se um projeto pode ser qualificado como instituinte ou instituído é necessário pensar em termos dos tempos: histórico e institucional.

O tempo institucional refere-se ao ritmo de funcionamento do projeto, que pode se dar através de constantes repetições ou "*ciclos funcionais que se auto-reproduzem controlados sistematicamente pela burocracia institucional*", ou um outro ritmo que se refere a momentos de uma certa "confusão", seguidos por períodos de calma, na qual não se percebe uma regularidade de funcionamento, onde o que acontece, na prática, é a criatividade das ações ou a ansiedade em função de sua ausência, esse ritmo não é controlado pelo aparato burocrático (TESTA, 1997:63).

O primeiro ritmo corresponderia à manutenção do comportamento da instituição, equivalendo a projetos instituídos, sem alteração, mudança, quebra no modelo anteriormente estabelecido. O segundo ritmo relaciona-se aos projetos instituintes que se completam com propostas da forma de organização dos processos de trabalho, são novidades, mudanças que alteram a maneira tradicional de "*processamento dos objetos de trabalho*" (TESTA, 1997).

Dessa forma, pode-se denominar o modelo de Atenção Primária à Saúde como modelo instituído de assistência e o Projeto PAIDÉIA como modelo instituinte, em Campinas no momento atual. TESTA (1997) alerta para o fato de não haver um maniqueísmo dado entre esses ritmos institucionais, não havendo bom ou mal *a priori*, mas sendo necessário avaliar o tempo histórico para poder qualificar o projeto.

O tempo histórico se relaciona à maneira como se acumulam acontecimentos que sejam percebidos como mudança (ou de sua ausência) de estruturas básicas dentro de um espaço social dado, no caso serviços de saúde. Dessa forma, o tempo histórico pode ser inovador ou reprodutor, é inovador quando corresponde aos processos históricos de mudança que se realizam através de inovações, por outro lado, é reprodutor quando reproduz o já existente, incluindo, mudanças do tipo adaptativo (TESTA, 1997).

Assim, o processo instituinte e instituído pode ser inovador ou reprodutor. Com a implantação do projeto PAIDÉIA, muitos profissionais podem ter assumido com radicalidade a idéia do projeto e a clínica diferenciada proposta por ele, ao mesmo tempo outros profissionais podem adequar seu processo de trabalho à proposta do projeto sem realmente implementarem uma mudança na sua forma de atuação clínica. Dessa forma, reproduzem o instituído dentro do modelo instituinte, que depende da reorganização do processo de trabalho para a efetivação de seu “*modelo tecno-assistencial*”.

Qualquer mudança só ocorre de fato a partir do desejo de quem a protagoniza, nesse sentido acreditar no projeto é fundamental para sua efetivação. Como afirma TESTA (1997), é a condição de verdade do projeto o ponto crucial de qualquer proposta política.

Dessa forma, é fundamental a construção da viabilidade do projeto, a sua capacidade de falar à subjetividade do trabalhador. Quando ele acredita no que faz, que a transformação é possível, ele faz a mudança. Portanto, é melhor que o projeto instituinte tenha no seu conteúdo uma ressonância no desejo, no sonho, enfim, naquilo que as pessoas que terão que executá-lo acreditem. É possível porém, que o projeto vá em direção contrária daquilo que o profissional julga bom ou desejável para qualificar sua assistência.

Quando isso ocorre, o projeto assume um caráter de verdade a ser engolido, o trabalhador pode brigar para não fazer diferente, ou pode assumir o discurso instituinte naquele momento e reproduzi-lo, mas sem significado e vazio de sentido.

Projetos que vão de encontro a valores são mais amplamente aceitos. Ao contrário, os que mexem com modelos hegemônicos são mais difíceis de ser implementado, pois contraria a idealização, o desejo de seus protagonistas. Mexer com valores que

identificam uma determinada classe profissional é difícil. A mudança no tempo do gestor (tempo político) é possível? Quantos profissionais não esperam a chuva passar? Neste sentido, o instituinte e o instituído se dão a um mesmo tempo, num fazer junto. Processo de transformação que passa pela organização do processo de trabalho, pelo desejo, pelo encontro, pela relação entre usuários e trabalhadores, que necessita ser mediada pelo gestor.

O trabalhador de saúde opera em um espaço de autogoverno que lhe dá inclusive a possibilidade de privatizar o uso deste espaço, conforme o modelo técnico-assistencial, sem ter de prestar conta do que e do como está atuando (MERHY, 1997b:77).

Desta forma, o modo como o trabalhador de saúde opera sua ação é fundamental. Segundo MERHY (1997b), o processo de trabalho é micropolítica e um lugar estratégico de mudança, a partir da idéia de “*autogoverno*” e do “*trabalho vivo*” que o trabalhador de saúde pode desenvolver.

O trabalho vivo seria a ação executada em ato, o trabalho criador que, quando cristalizado, torna-se trabalho morto (ferramentas, matéria-prima, produto do trabalho do outro). Assim o trabalho morto é o que já foi criado, o instituído, mas que faz parte da atividade criadora e produtiva do trabalho vivo (MERHY, 1997b).

Segundo MERHY (1997b), o trabalho vivo instituinte, se faz em ação, em processo, pode fazer uso do que está dado (instituído) com uma certa “autonomia” (autogoverno). Esse processo se dá na mediação do trabalho em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue. Dessa forma, o trabalho morto envolve o saber específico de uma profissão (suas ferramentas) que estão vinculadas ao seu modo de atuar.

A formação do psicólogo, portanto, define o universo tecnológico da profissão, que envolve o seu “*equipamento tecnológico*” e um “*certo saber/fazer*” que leva a um ir fazendo de determinada forma. Nesse sentido, a lógica do trabalho morto pode “capturar” o trabalho vivo, quando este não tem “autonomia”, em função de estar amarrado pela condição da formação. Assim, o trabalho vivo em ato do psicólogo, pode estar ou não instituído plenamente pelo trabalho morto (MERHY, 1997b).

(...) na vida em movimento, o trabalho vivo em ato vai além dos limites do instituído, provocando permanentemente novas instituições (MERHY, 1997:110).

Inclusive disputando com as “diretrizes instituintes” da Instituição, como o caso do PAIDÉIA. O psicólogo que atua em Centro de Saúde é um psicólogo clínico que deve lançar mão das ferramentas⁴⁴, da própria psicologia, dos conhecimentos da saúde pública e dos conceitos da reabilitação psicossocial e da desinstitucionalização (BRAGA CAMPOS, 2000b).

(...) refletir sobre uma clínica como atividade que procura tudo capturar versus uma outra clínica como ação que se abre para novos processos territorializantes, em busca de novas singularidades e processos emancipadores, uma outra clínica que se faça em ato, centrada na incorporação tecnológica comandada pela tecnologia leve⁴⁵ (...) uma clínica que enquanto ação se constitui como um espaço de intervenção em processos de intersubjetividades, como lugar dos interseçores⁴⁶, no qual os instituintes situados disputam a direcionalidade do processo (Merhy, 1997b:110).

Cada área de atuação da Psicologia lança mão de “ferramentas” que dão sustentabilidade às suas ações. No fazer cotidiano, tradicionalmente, há uma fragmentação entre as áreas e seus saberes, o que de certa forma dá origem a um estilhaçamento do núcleo próprio do psicólogo. Integrar os saberes, “as ferramentas”, leva a uma recomposição da prática, tornando-a mais efetiva e congruente.

A implantação do projeto PAIDÉIA aponta diretrizes de um modelo tecno-assistencial que pressupõem a reorganização do processo de trabalho de todos os trabalhadores da saúde⁴⁷.

⁴⁴ Segundo MERHY (1997b), a caixa de ferramentas refere-se ao conjunto das tecnologias de uma determinada profissão (trabalho morto), traduzido em saberes e instrumentos.

⁴⁵ A tecnologia leve se refere àquela que se dá nas relações, no vínculo e acolhimento, a tecnologia presente na clínica seria a leve-dura que refere-se a saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, ex. clínica médica e psicológica (MERHY et al, 1997:121)

⁴⁶ Mais que a mera somatória, o espaço interseçor designa o que se produz nas relações entre os sujeitos, o que é feito junto (MERHY, 1997b).

⁴⁷ Como já foi discutido no cap. 2 “Campinas em cena”...

Trabalhar no território deveria ser uma prática do psicólogo, não uma especificidade do psicólogo social ou comunitário, bem como, a subjetividade dos sujeitos e seu sofrimento individual não devem ser encarados como especificidade do psicólogo clínico. A partir dessa integração, sua clínica, tornar-se-ia ampliada e disparadora de projetos de vida para os pacientes do dito campo da Saúde Mental. Dessa forma o conceito de Clínica Ampliada deve ser compreendido como:

o levar em conta toda interação, conflito e convívio, todo o entorno do paciente, mobilizando para a busca de resultados no contexto social que ele vive, envolvendo a clínica, o social e a comunidade (BRAGA CAMPOS, 2000b:03).

Inicialmente seria importante refletir a respeito do que seria campo de atuação em Saúde Mental, e o fazer do psicólogo dentro desse campo. Segundo CAMPOS (2000b), para que se possa escapar da antítese do isolamento total ou da fusão absoluta entre os diversos saberes na saúde, seriam necessárias algumas reflexões sobre os conceitos de campo e núcleo.

A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (CAMPOS, 2000b:220).

Assim, o campo de competência seria o espaço mais geral dos saberes de uma especialidade dada, no caso a Saúde Mental; e, o núcleo, o mais específico, que inclui atribuições exclusivas da especialidade em questão, a identidade profissional, por exemplo, do psicólogo. A Saúde Mental seria um campo de atuação dentro da Saúde Pública e a psicologia uma das disciplinas que compõem o campo (CAMPOS, 1997).

Dessa forma, é preciso pensar a atuação profissional em saúde com uma sobreposição de limites entre as disciplinas e entre os campos das práticas, o que leva a uma condição de trabalho inter e multidisciplinar (CAMPOS, 2000b).

A idéia de campo e núcleo remete diretamente à questão da atenção integral às necessidades das pessoas por um lado, e à necessária democratização das instituições de outro, uma idéia que pressupõe e complementa a outra. Sendo fundamentais no processo de implantação do projeto PAIDÉIA as “rodas” (CAMPOS,2001a), as discussões entre trabalhadores/trabalhadores e trabalhadores/usuários, pois, como afirma MERHY (1997b) as próprias necessidades de saúde são construídas historicamente, ou seja, instituídas, podem e devem ser reconstruídas na prática, na relação, no trabalho vivo em ação, enquanto força instituinte.

Segundo CAMPOS (2001b), a clínica pode acontecer de três formas: clínica degradada, clínica tradicional e clínica ampliada, dependendo do que a equipe com seus profissionais assuma como sendo de sua responsabilidade.

Na clínica degradada, o objeto de trabalho é o sintoma e a finalidade do trabalho clínico aliviar o mesmo. Na clínica tradicional o objeto de trabalho é a doença e o objetivo da clínica curá-la (CAMPOS, 2001b).

Na clínica ampliada o objeto de trabalho, é a pessoa e a doença (entendida enquanto processo), sua família e o contexto, entendido como seu território e sua comunidade (CAMPOS, 2001b).

A partir do entendimento de Clínica Ampliada, os meios de trabalho, o jeito de fazer e as formas de intervenção se modificam fazendo-se necessário: aprimorar o trabalho em equipe interdisciplinar (considerando o núcleo e o campo de cada profissão); adscrição de clientela e construção de vínculo (territorialização e responsabilização); elaboração de projeto terapêutico singular considerando risco e vulnerabilidade social e subjetiva, além do risco orgânico (CAMPOS, 2001b).

No trabalho em saúde, a satisfação de necessidades é o objetivo, já se discutiu⁴⁸ que as necessidades de saúde das pessoas “*devem ser tomadas como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção*” (CECÍLIO, 2001), o que implica numa reorganização do processo de trabalho. Segundo MERHY (1997b) no trabalho em saúde a autonomia do trabalho vivo é ampla e esta se encontra no campo da subjetividade humana.

No processo interseçor produção/consumo vai haver um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, no próprio ato de produção, que os põem em confronto, nem sempre conflituoso, a partir de distintos formatos de necessidades – tanto como carência quanto como potência – e também de distintas formas de satisfaze-las (MERHY, 1997b:90).

Assim, para fazer uma intervenção institucional, que signifique mudança no processo de trabalho, não basta ter um programa, pois isso envolve a dinâmica de “autogoverno” de muitos dos atores envolvidos no processo (MERHY, 1997b).

A mudança de cultura, de jeito de fazer, da clínica, do instituído não se dá por decreto, por receita ou apenas desejo do gestor. É necessário um processo de construção que se dê no cotidiano e que considere o desejo do trabalhador, a sua capacidade de autonomia criativa em relação dialética com as necessidades de saúde das pessoas.

Na clínica tradicional, a doença, o diagnóstico assumem um papel maior do que a própria pessoa. Ocorre uma descontextualização dos determinantes sociais envolvidos no processo saúde/doença, e essa, a doença, passa a ser maior do que o adoecido. Surgem as caricaturas: do rim do leito x; do F 22 do CID 10; do A.V.C.; da histérica; do hiperativo; deprimido; etc.

Dessa forma, CAMPOS (2001a) propõe que se pense a saúde como a Matriz, na qual se agrupam os diversos campos: Saúde Coletiva, Saúde Mental, etc., e dentro de cada campo estariam os núcleos, compostos pelas especialidades.

⁴⁸ No cap.3 “A integralidade em Saúde Mental...”

O Centro de Saúde ou o Caps seriam locais, nos quais as três áreas se sobrepõem. Neles podem ocorrer ações de Saúde Coletiva, da Clínica e de Urgência. Toda unidade de saúde, numa certa medida, precisaria atender as urgências. Pois, a clínica fica reduzida, quando não atende também a crise.

É impossível pensar projetos que não se entrelacem por meio dos campos de atenção, do campo de atuação e dos núcleos específicos, que se entrelaçam com seus saberes tecnológicos, que devem ser entendidos no processo de trabalho.

Pensar em projetos é pensar integralmente as três áreas descritas acima. Vale a pena lembrar as imagens sugeridas pelo texto de CECÍLIO (1997, 2001), do círculo que substitui a pirâmide e da rede que sustenta a atenção. Entrelaçamento e horizontalidade!

A mudança de um processo institucional sempre nos posiciona diante de uma situação de alta complexidade, e que não basta possuímos o controle de uma receita para a ação, com técnicas puramente administrativas, mesmo considerando que deter o controle de tecnologias para realizar intervenções em organizações, que visam a mudança de processos de trabalho, seja um componente importante e básico da caixa de ferramentas dos grupos envolvidos. Mas, sem dúvida, isto não é suficiente (MERHY, 1997b:99).

As mudanças desejadas, com base nas diretrizes do PAIDÉIA estão no campo de forças entre o instituído e o instituinte, permeadas pelo fazer dos profissionais de saúde.

(...)deve-se procurar trabalhar com a capacidade de problematizar cabeças e interesses, em um processo institucional que atua sobre a permanente dinâmica privatização/publicização dos autogovernos dos trabalhadores (MERHY, 1997b:99).

Além disso, é papel do gestor nos diversos níveis, potencializar o desejo do trabalhador,

Gerar processos de liberação, sobre o sentido de captura do trabalho vivo em ato, pelas forças instituintes do trabalho morto que está cristalizado nos meios de produção e no processo já institucionalizado do modo de trabalhar, conforme determinados saberes e interesses que buscamos questionar ((MERHY , 1997b:99).

No entrelaçamento da transformação do modelo, há uma disputa entre as forças instituintes e instituídas da assistência.

Não é possível pensar a saúde só a partir da Saúde Coletiva ou da Clínica. Só as práticas da Saúde Coletiva não repõem as necessidades e práticas da clínica. Afinal as pessoas, que não podem e não devem ser menores que a doença/diagnóstico, ainda assim adoecem, e adoecidos, sofrem, necessitam de ações que curem e/ou reabilitem. Necessitam da clínica!

Não desta clínica “tradicional”, que opera centrada na doença; nas partes sem ver o todo; no consultório, sem ver a praça, a família, o território! Mas de uma clínica que se reconstrói, que se amplia a partir de outros saberes e fazeres, dentre os quais os da Saúde Coletiva.

Dessa forma, a Saúde Coletiva e a Clínica são uma parte das práticas em saúde. Práticas e teorias que devem se articular, e nunca se excluírem, de tal forma que seja possível à construção de novas sínteses (CAMPOS, 2001a).

Os conceitos de campo e núcleo possibilitam o sentido da obra pessoal e obra coletiva, na qual se constituem sujeitos e coletivos num processo de co-gestão.

(...) repensar a saúde coletiva filiando-se àquelas escolas filosóficas que sustentam a existência de relação dialética entre o pensar e o agir, entre o homem e o mundo, e entre os próprios homens, entre ser e não ser, ao mesmo tempo. Pensar criador e criatura embolados, todo o tempo, um ente produzindo por ele e por outros. Precisando melhor, é importante assumir que toda produção é uma co-produção em que o produtor é também modificado pelo produto (CAMPOS, 2000b:223).

Dessa forma, CAMPOS (2000a), traz para o centro da discussão a questão da dialética e das forças contraditórias que a compõem. Dialética que permeia todas as relações, já que essas sempre acabam num certo grau sendo antagônicas. Interesses e necessidades contrários. Desejos e demandas paradoxais. Para escapar ao caos, contratos e compromissos. Sínteses entre os diversos atores sociais, para que, em um certo grau, sejam

contempladas: as necessidades de saúde das pessoas que buscam o serviço; os interesses e desejos dos trabalhadores que devem atender a essas necessidades de saúde, mas que também têm o direito de sentir prazer em seu trabalho (além de serem remunerados); e, a continuidade da instituição de saúde.

Fazemos uma aposta na possibilidade de se constituir tecnologias da ação do trabalho vivo em ato e mesmo de gestão deste trabalho que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar a busca de processos que focalizem o sentido da ‘captura’ sofrido pelo trabalho vivo e o exponham às possibilidades de ‘quebras’ em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente ((MERHY, 1997b:101).

A idéia de campo e núcleo reflete-se em toda a instituição, levando a pensar, a integralidade ocorrendo não apenas na atenção à saúde das pessoas, mas também nas relações entre os trabalhadores e os serviços. Desde as relações entre equipe/equipe, equipe/usuários, comunidade/serviço, serviço/serviço, e assim por diante.

Retornando à questão micro das relações entre uma mesma equipe num mesmo campo, vale dizer, que os conceitos de campo e núcleo possibilitam a Clínica Ampliada, sem que cada técnico perca-se de si mesmo. A essa idéia entrelaça-se a da Integralidade Ampliada, proposta por Cecílio,

A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. Uma não sendo possível sem a outra. O cuidado individual em qualquer serviço de saúde, não importando sua ‘complexidade’, sempre atento à possibilidade e a potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e outras práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não (Cecílio, 2001:08).

A clínica e a integralidade ampliada são as duas faces de uma mesma moeda; pressupõem e necessitam a existência da outra. São movimento e dialética, que como tal não sobrevivem sem contemplarem aos atores sociais que a compõem. Comunidade e serviço, trabalhadores e usuários, médico e enfermeira, auxiliar e psicólogo... Fazeres, saberes... Sínteses, complemento, rede, círculo, campo, núcleo... Clínica Ampliada!

Ou seja, a integralidade vista dessa forma, supera a máxima da atenção ao homem enquanto ser biopsicosocial, que na prática traduz-se em olhar esse homem de maneira dicotomizada. Quando se institui as equipes mínimas de Saúde Mental nos Centros de Saúde, o médico passa a cuidar do *bio*, o psicólogo do *psico* e a assistente social do social, o que não se traduziu em ações, olhares e/ou escuta integrados. Bem como, os níveis de complexidade entre os serviços não contribuíram para a integralidade das ações de saúde, já que essas passaram a se constituir de forma programática, caixas de ofertas, às quais os usuários e suas necessidades devem se adequar.

Para os usuários que necessitam de assistência em Saúde Mental as ofertas devem ser construídas a partir da avaliação de risco e vulnerabilidade social, subjetiva e biológica num movimento de co-responsabilização.

Viu-se, até o momento, que o conceito de Clínica Ampliada na Saúde Pública, refere-se a uma clínica que surge da troca solidária de teoria e prática entre técnicos e entre campos de atuação.

Assim, no fazer cotidiano do serviço, um psicólogo ao olhar para uma pessoa em sofrimento que o procura, terá em seu jeito de olhar, a sua visão técnica e singular de psicólogo, mas também, terá aprendido um pouco sobre psicofármacos, terapia ocupacional, e outros saberes. Além disso, ao olhar para essa pessoa, não verá a doença apenas, mas alguém que adoece por uma série de determinantes sociais, políticos, ecológicos, ocupacionais, etc. Para cuidar e/ou reabilitar, lançará mão desses saberes e tecerá com a própria pessoa, sua família e quem mais puder compor, um projeto terapêutico, que pode envolver um ou mais técnicos, uma ou mais ações, um ou mais serviços, sejam eles de saúde ou não!

A contestação sobre a eficácia da clínica no campo da Saúde Mental ocorre de maneira similar à crise da clínica na Saúde Pública.

Como já foi comentado, a Reforma Sanitária e a Reforma Psiquiátrica ocorrem paralelamente. Na Reforma Psiquiátrica, a luta pela desinstitucionalização levou à necessidade ética do fechamento dos manicômios, que, por sua vez, deu origem à necessidade de alternativas e serviços que substituíssem o modelo hospitalocêntrico. Entendendo que instituição é

(...) o conjunto que liga os saberes, as administrações, as leis, os regulamentos, os recursos materiais, que estruturam a relação médico-paciente... (ROTELLI, 1998:151).

Dessa forma o aparato manicomial não é o hospital psiquiátrico

é o conjunto de gestos, olhares, atitudes que fundam limites, intolerância e diferenças, em grande parte informadas pelo saber psiquiátrico, existentes de forma radicalizada no hospício, mas presentes também em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais. O manicômio é o saber e as práticas que definem direitos e deveres distintos, baseados em preconceitos, em categorias de acusação, em poderes e saberes de dominação. É o saber e a prática que constroem uma hierarquia entre razão e desrazão, que traçam lugares sociais diversos para os sujeitos, de acordo com sua condição de adaptação/desadaptação social ou de normalidade/anormalidade... (AMARANTE, 1998:141).

A desinstitucionalização, portanto, é um processo de desconstrução de idéias e de formas de cuidar dos sujeitos adoecidos. Uma transformação de ótica que ocorre no dia a dia, um caminho de esvaziamento do manicômio e seu ideário.

a desinstitucionalização é um trabalho prático de transformação que, a começar pelo manicômio, desmonta a solução institucional existente para desmontar (e remontar) o problema. Concretamente se transformam os modos nos quais as pessoas são tratadas (ou não tratadas) para transformar o seu sofrimento, porque a terapia não é mais entendida como a perseguição da solução-cura, mas como um

conjunto complexo, e também cotidiano e elementar, de estratégias indiretas e mediatas que enfrentam o problema em questão através de um percurso crítico sobre os modos de ser do próprio tratamento (ROTELLI, 2001:29).

Dessa forma, inicia-se um processo de muitas mudanças que também deram origem a problemas que necessitam de soluções.

Nossas soluções carregam, no seu interior, problemas. Ou seja, a resolução do problema inclui resolver também os problemas de nossas soluções (CAMPOS, 1992:17).

Segundo CAMPOS (1992), entre esses problemas, o primeiro que se anuncia seria o próprio caráter ordenador das disciplinas do campo da Saúde Mental. São essas disciplinas que servem de base para a construção dos novos serviços, mas ao mesmo tempo exercem sua função de poder por serem normatizadoras.

Sobre isso, SARACENO (2001) afirma que o fechamento do manicômio não elimina automaticamente a ideologia “psi” incorporada nas teorias e práticas.

O muro do manicômio a ser demolido é qualquer muro que impeça de ver (e usar) outros saberes e outros recursos (SARACENO, 2001:98).

É preciso derrubar muros e construir pontes, que aproximem saberes e práticas. Só a aproximação não é garantia de integração, é preciso saber ver e usar os recursos que estão, e na maioria das vezes, já estavam disponíveis. Muitas vezes, os recursos só são descobertos,

(...) depois do desimpedimento dos saberes e afetos cegantes ao invés de iluminadores... (SARACENO, 2001:98).

Ao pensar em recursos e outras formas de fazer psicologia, CAMPOS (1992) e BEZERRA (2000) alertam que as técnicas e regras “psi” tornam-se armadilhas e camisas de força que não podem ser vencidas devido a um enorme emaranhado de regras e procedimentos difíceis de serem obedecidos na realidade dos serviços, levando a um empobrecimento de técnicas e práticas, como se essa fosse uma consequência “natural” em

virtude do atendimento de pessoas desfavorecidas econômica e socialmente. Psicologia pobre para pobres.

Há uma recusa quase que sistemática da nomenclatura psi em repensar uma nova adequação entre um novo setting - o das instituições públicas - e novas metodologias de cuidado (CAMPOS, 1992:17).

Há nesse sentido, um fazer do psi já cristalizado. Segundo MERHY et al.(1997:120-121), nesse caso, a tecnologia utilizada no processo de trabalho seria a leve-dura (tecnologia dos saberes), trabalho morto que “captura” o trabalho vivo, apesar do trabalho em saúde ocorrer na intervenção em ato, operando “*com tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados*” e por si ser entendida como uma tecnologia leve⁴⁹. Dessa forma “*o trabalho vivo em ato opera com tecnologias leves*”, ou seja, no nível da relações. A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato se dá na relação com o usuário e suas necessidades de saúde, na publicização das intencionalidades do trabalho em saúde, ou seja, o projeto precisa dizer a que veio, e todo seu processo passar pelo controle social.

Ocorre uma obstrução de pensar e fazer diferente, a formação e o fazer do “psi” (tecnologia leve-dura), trabalho morto, “capturam”, o trabalho vivo, impedindo novas práticas, novas relações, inclusive por já existir uma “demanda criada” para os consultórios e as psicoterapias⁵⁰.

Um outro obstáculo, proposto por CAMPOS (1992), está relacionado à organização dos serviços de saúde, a transposição para o campo da Saúde Mental de uma série de diretrizes ordenadoras dos sistemas públicos de saúde, dentre elas, particularmente a hierarquização e a regionalização, que acabam por fechar e burocratizar os serviços, que como já se discutiu deveriam oferecer vínculo, acolhimento e responsabilização pelo cuidado integral da saúde coletiva e individual.

⁴⁹ Segundo Merhy et al. (1997:121), tecnologia leve é a tecnologia das relações, de encontros de subjetividades, para além de saberes tecnológicos estruturados, é onde se dá a produção de vínculo, autonomia, acolhimento, gestão para processos de trabalho.

⁵⁰ Conforme discutido no Cap. 1 que trata da formação do psicólogo.

A complexidade crescente dos serviços, também é criticada por SARACENO (2001), que afirma ser este um dos principais fatores que levam à não ocorrência das práticas de reabilitação psicossocial. Dentro da cultura hierárquica, da atenção primária, secundária e terciária, existem pacotes de serviços que são oferecidos e nos quais a pessoa deve se encaixar, ou então será excluída, ou ainda encaminhada para um outro serviço que terá um outro pacote. Dessa forma, é a pessoa quem deve se adequar e não o serviço que deve criar ações que possibilitem cuidar e/ou reabilitar.

O serviço é o conjunto dos lugares comunicantes e dos recursos intercambiáveis que se encontram à disposição de uma população de usuários em um lugar geográfico (SARACENO, 2001:96).

O que caracterizaria um bom serviço seria a sua capacidade de ser flexível e diversificado, o que envolve a responsabilização, a territorialização, o vínculo, o acolhimento, a integralidade de ações.

Bom serviço tem alta integração interna e externa, ou seja, um serviço onde a permeabilidade dos saberes e dos recursos prevalece sobre a separação dos mesmos (SARACENO, 2001:96).

São os recursos disponíveis, as competências flexíveis e a organização orientada às necessidades das pessoas que irão garantir a integralidade e equidade preconizadas pelo SUS. Além disso, pensar o “*processo de trabalho sob a ótica do trabalho vivo*”, sua potencialidade, sua relação com práticas de duvidar, analisar e procurar revelar (através de dispositivos interrogadores) o sentido e a intencionalidade do processo de trabalho (MERHY, 1997b:104).

Novamente depara-se com a questão das ações que devem garantir o atendimento das pessoas que procuram os serviços. Como já se discutiu seria a conjunção de ações da Saúde Coletiva, do Atendimento de Urgência e da Clínica.

Clínica, que passa ora por uma supervalorização e ora por subvalorização. É supervalorada por quem tem uma visão reducionista do que seja a prática clínica, acreditando ser esta apenas atendimento individual e grupal. Subvalorizada por quem não só defende a importância das relações da pessoa com a realidade social, mas também vê a

clínica como reduzida à prática individual ou grupal. Na verdade, o modo de se ver e entender a clínica esbarra diretamente na forma como se entende o que é sujeito (BEZERRA, 1996).

Uma clínica, que porque entende sujeito neste sentido radical de descentrado, isto é, aberto à pluralidade das produções que a cultura oferece, aberto à criação de modelos novos de subjetividade, modelos novos através dos quais os sujeitos se pensam, se sentem, se produzem de forma diferente, vamos poder então pensar fazer clínica, ou pensar a questão da clínica, como algo que é fundamental para pensar novas propostas assistenciais e, a partir daí, discutir qual é a importância das estruturas de equipe, das estruturas institucionais, para esta prática renovada (BEZERRA, 1996:141).

Para uma clínica que leve em consideração essa visão de sujeito descentrado, são necessários alguns pressupostos que, mais do que teoria, se traduzem numa práxis que deve ser assumida como compromisso ético. Uma clínica que passa por um novo olhar e nova escuta, necessitando do olhar e escuta de outros profissionais que numa troca de saberes e poderes se constituem e (re)constroem a própria clínica e a do outro.

Para SARACENO et al. (1997) existe uma série de variáveis que a equipe deve considerar para pensar o projeto terapêutico de cada pessoa. Assim deve levar em conta, além do diagnóstico, a idade, a agudeza ou cronicidade do quadro e a história da enfermidade (consideradas como variáveis “fortes”); também devem ser consideradas as variáveis “sombra”, que geralmente são deixadas à margem das ditas “fortes”. São elas: os recursos individuais e do contexto da pessoa, os recursos do serviço e os recursos do contexto do serviço de atenção.

A partir desses dados é possível se falar em medidas terapêuticas (psicofármacos, psicoterapias, técnicas de reabilitação) nunca isoladas do contexto social e subjetivo da pessoa, do contexto da organização e do estilo de trabalho do serviço de atenção. Essa medida terapêutica sempre parte de um projeto que envolve todos os atores sociais (SARACENO et al., 1997).

Assim, para a construção de uma assistência integral é necessário levar em conta os recursos (subjetivos e sociais) da pessoa adoecida e os recursos do próprio serviço, estando incluído neste, a forma como se organiza o processo de trabalho e a divisão de saberes, poderes e funções na equipe.

Pode-se dizer que uma Clínica para ser Ampliada pressupõe: participação do sujeito no seu projeto terapêutico; flexibilidade do serviço; responsabilização; solidariedade; acolhimento; ética; socialização de conhecimentos; inclusão social; produção de sentidos; crise enquanto evento subjetivo manifesto e possível no momento vivido; produção de vida; convivência; visão integral dos problemas de Saúde Mental do serviço; o sujeito como o centro da atenção e não o seu diagnóstico; evitar as especializações que só têm sentido em si mesmas; fomentar o enriquecimento recíproco de práticas diversas; trocar saber e construir de forma coletiva e criativa alternativas terapêuticas (BRAGA CAMPOS, 2000a). Ou seja,

fazer clínica não é apenas lidar com a interioridade psicológica do sujeito, mas lidar com a rede de subjetividade que o envolve, o que implica não apenas nessa interioridade, mas em todas as formas de estímulos que no campo da alteridade se apresentam para o sujeito, como causa de sua ação, ou seja, teremos uma idéia precisa da importância da noção de clínica ampliada, teremos uma idéia precisa do quanto pensar na clínica é pensar em criar instrumentos, settings, modalidades de intervenção com objetos, com palavras, com silêncios, mas que produzam e provoquem reações que apontem para uma plurificação da capacidade daquele sujeito ordenar suas práticas sociais, de modo mais criativo (BEZERRA, 1996:141).

Neste modo de fazer clínica, o foco do trabalho do psicólogo continua sendo o sofrimento psíquico e o “doecimento relacional” (BRAGA CAMPOS, 2000b) a que os pacientes são submetidos.

A Clínica apresenta-se como o disparador de uma atuação que terá como foco o paciente ou um grupo de pacientes que será cuidado (...) Isso implica, além da atuação clínica tradicional, do psicodiagnóstico, da psicoterapia e do aconselhamento, outras práticas, como visita ou atendimento domiciliar, acompanhamento

terapêutico, estímulo à convivência em outros setores públicos de lazer, reuniões e discussão com a escola ou outros órgãos públicos (GUARIDO e BRAGA CAMPOS, 2001).

O sofrimento aumenta com as dificuldades (miséria, violência, solidão...) trazidas pelas transformações decorrentes do crescimento urbano. Os três grandes cenários do cotidiano como o *habitat*, a rede social e o trabalho/escola sofrem transformações gerando perdas para as pessoas. Essas dificuldades devem fazer com que a psicologia questione seu fazer tradicional, buscando novos caminhos práticos e teóricos. É preciso relativizar, redimensionar o “setting” seguro e tradicional, para adentrar os espaços de convivência já existentes no território, e os que podem e devem ser criados.

Ao pensar a Clínica Ampliada, o conceito de reabilitação psicossocial é fundamental para a psicologia comprometida com as questões sociais.

A reabilitação psicossocial é uma ética de solidariedade para os indivíduos com limitações na vida cotidiana, devido a transtornos mentais severos e persistentes, e implica em aumentar o poder contratual afetivo, social e econômico (PITTA, 1996).

Segundo SARACENO (1996), a reabilitação psicossocial é uma necessidade ética, não podendo ser apenas uma estratégia técnica e sim uma estratégia global. No decorrer da vida cotidiana, tem-se o desenrolar das cenas, das histórias, dos efeitos de todos os elementos: dinheiro, afetos, poderes, símbolos, etc., cada um tem seu poder de aquisição neste mundo, onde às vezes somos mais ou menos habilitados. Há, também, a “desabilidade” por falta de poder contratual, no que, algumas pessoas precisam ser reabilitadas, é preciso resgatar a habilidade de efetuar suas trocas afetivas e materiais. Portanto, a reabilitação psicossocial é um processo de reconstrução, de exercício pleno de cidadania, que leva a contratualidade nos três grandes cenários: *habitat* (casa), rede social (entorno) e no trabalho com valor social.

A definição de Saraceno, longe de ser a habilitação que reina no imaginário brasileiro (com seus centros de reabilitação para os trabalhadores readquirirem suas habilidades profissionais perdidas) está no estudo do adoecido das relações, do desvalido de afetos, vínculos e voz que é o paciente psiquiátrico (BRAGA CAMPOS, 2000b:7).

Dessa forma, a reabilitação engloba os profissionais e os atores do processo saúde-doença, ou seja, todos os usuários, suas famílias e a comunidade inteira, além de uma necessária mudança nas políticas de Saúde Mental.

A principal questão da reabilitação psicossocial não é tornar aqueles sujeitos que são fracos (adoecidos) em fortes. A reabilitação não deve ser um processo de adaptação no jogo dos fortes (“sãos”) e fracos (adoecidos), mas sim um processo no qual se mudem as regras e os fracos possam conviver, coexistir no mesmo cenário que os fortes. Não se deve tentar tornar forte o sujeito que tem a desabilidade, mas sim permitir que esse sujeito possa estar em cena juntamente com outras pessoas (PITTA, 1996).

As ações de reabilitação e de inserção social não devem ser almeçadas como a fase final do tratamento, devem sim,

permear toda a trilha do processo de cuidar, produzir e ampliar a rede relacional e o poder contratual do tutelado (NICÁCIO e KINKER, 1997:168).

A reabilitação não deve ser entendida como a substituição da desabilidade pela habilidade. Mas como um leque de ações direcionadas a aumentar as oportunidades de trocas de recursos e de afetos. Assim, o mercado dos fortes se torna apenas o mercado das trocas. A reabilitação busca trabalhar num modelo de múltiplas redes de negociação, na qual o objetivo não é a autonomia, mas a possibilidade real de participação (SARACENO, 2001).

Apesar dessa diversidade de conceitos e idéias, as possibilidades de dúvidas e questionamentos são imensas. A prática com certeza exige do profissional muito mais do que ele está preparado para fazer quando ingressa nos serviços públicos de saúde.

Que fazer? Como fazer? Isso psicólogo pode fazer? Não sou Terapeuta Ocupacional, mas faço atividade de vida diária com meu paciente... Pode? Infinitas questões... Infinitas possibilidades, como já foi assinalado no decorrer do texto... *“Existirmos a que será que se destina?”* (CAETANO VELOSO, 1970).

Penso que uma boa maneira de começar a responder essa questão é fazendo síntese, entre o lugar onde se trabalha e o seu objetivo (serviço de saúde/produzir cuidado, saúde), as necessidades sociais dos sujeitos adoecidos e os desejos e interesses do próprio profissional. Não dá para atender um desses pólos e desatender completamente os outros. Dialética, contratos, compromissos.

Não existe forma de firmar a própria existência profissional sem uma prática coerente com o que somos, a quem atendemos e o lugar onde estamos. Questionar-se exige a prática, a necessidade de ação, de práxis que dê conta do sofrimento, da falta, da loucura do outro. São essas ações, esse fazer que definirão se a Clínica feita por esse profissional, psicólogo, tem ou não o adjetivo de Ampliada.

Entendendo que clínica é uma forma de pensamento, um modo de olhar e escutar o sofrimento psíquico, o adoecimento das relações que levam à desagregação e à exclusão. Definindo como núcleo este sofrimento, a relação vincular que necessita de um agenciador, nesse caso o psicólogo. Dessa forma, o núcleo profissional do psicólogo não pode ser sinônimo de uma das técnicas, das ferramentas, da qual ele pode lançar mão para trabalhar o adoecimento relacional, a psicoterapia.

Clínica ampliada num sentido próprio, que seria o de expandir a própria prática profissional, a clínica psicológica, no caso do fazer do psicólogo que, buscando outros recursos, o entorno da pessoa, alicerçado nos conceitos de reabilitação psicossocial e desinstitucionalização, além dos saberes da psicologia social, comunitária, escolar, etc..., procura alternativas terapêuticas para cada sujeito.

Ao mesmo tempo, dialeticamente, ocorre uma clínica ampliada no sentido do outro, com o outro, pelo outro. Outro que se apresenta como os profissionais de uma equipe interdisciplinar. Esse outro que faz parte do mesmo campo, cada qual com seu núcleo. Assim, ao mesmo tempo em que amplia a própria clínica, o profissional necessariamente é envolvido pelo fazer com o outro que com seu saber específico (núcleo), entrelaça-o numa prática que se expande com o cerzimento de retalhos deste e daquele profissional, formando prática que abriga e acolhe como uma colcha de retalhos, na qual, cada parte tem uma importância e significado para a forma do todo.

Dessa forma a CLÍNICA AMPLIADA, seria o levar em conta todo o entorno da pessoa, suas possibilidades e a do território que ela habita. Ampliando ações, buscando outros “settings”; ao mesmo tempo, dialeticamente, além do próprio fazer, esse profissional contribui para ampliar a clínica de outros profissionais, enquanto esses contribuem para a ampliação de sua própria clínica!

Uma clínica que se faça no “*trabalho vivo em ato*”, criador e gerador de uma nova forma de ser “psi”, possibilitadora do instituinte e não mera reprodutora do instituído. Clínica da relação, do vínculo, do acolhimento...

Entrelaçar de saberes, práticas... Criando projetos, sonhos... Semeadura de interdisciplinaridade e integralidade... Florada de esperança, sentidos, vida...

De fato, não existe construção de Clínica Ampliada possível, sem olhar e perceber o outro! A pessoa em sofrimento e sua família, a equipe e seu processo de trabalho, os serviços, o território, a comunidade...É essa construção que viabiliza a integralidade da atenção e a interdisciplinaridade, sempre de forma dialética, sendo, portanto, viabilizada pela própria integralidade de ações e capacidade contratual interdisciplinar.

Assim, ver a pessoa como parte de uma rede de ações, saberes, emoções... Além disso, olhar para essa rede e buscar parcerias, fazer trocas, mediar relações juntamente com a pessoa. Buscar novos “settings”, aumentar o poder de contratualidade, potencializar o saudável; são ações de quem faz Clínica Ampliada. Ações que pressupõem a troca efetiva entre profissionais e entre serviços e a participação concreta do sujeito adoecido no seu projeto terapêutico. Integralidade de ações e de atenção no sentido amplo da palavra!

Por fim, que cada psicólogo possa descobrir a dor e a delícia de se perguntar sempre a quem será que se destina a sua capacidade técnica, teórica e prática... A sua possibilidade de sonhar, de desejar, de buscar caminhos e os outros, firmando contratos e compromissos que visem realmente à Saúde Mental de quem o procura.

OBJETIVOS E MÉTODOS

*“Eu não sei dizer
nada por dizer
então eu escuto.
Se você disser
tudo o que quiser
então eu escuto.
Fala.
(João Ricardo/ Luli)*

ESCUA... A METODOLOGIA EM AÇÃO

“Caminhante não há caminho, o caminho se faz ao andar” (Pessoa, 1998). O caminho de construção do conhecimento, nessa dissertação é dialeticamente construído ao “andar”. No encontro entre interlocutor e entrevistado faz-se um texto, produzem-se novos pensamentos.

MINAYO (2000) aponta alguns pontos a partir dos quais se processa o conhecimento, que ela chama de fase exploratória da pesquisa: 1) o conhecimento se faz no diálogo constante com outros conhecimentos, na interlocução com outros autores que levam a um exercício de questionamento crítico e apreensão; 2) *“o processo de pesquisa consiste numa definição e redefinição do objeto”* (MINAYO, 2000:90), o que significa que o pesquisador está ancorado em alguns pressupostos teóricos, ou seja, ocorre uma ressignificação a partir de um ponto de vista; 3) há sempre uma relação entre teoria e prática, *“pensamento e ação”*. A necessidade da investigação vem do problema da prática, da vida; 4) o que está sendo investigado está social e historicamente condicionado pelo olhar do investigador e pelas correntes de pensamento em curso na sociedade.

O marxismo insiste no fato de que todas as teorias são historicamente construídas, expressam interesse de classe porque são representação do real a partir de determinadas escolhas articuladas com a prática social (MINAYO, 2000:92).

A partir desse princípio, a metodologia utilizada nessa dissertação será a da pesquisa qualitativa, entendendo que, nessa abordagem, busca-se compreender as representações de psicólogas que trabalham em Centros de Saúde de Campinas.

Numa busca qualitativa, preocupamo-nos menos com a generalização e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão seja de um grupo social, de uma organização, de uma instituição, de uma política ou de uma representação (MINAYO, 2000:102).

Compreendendo que saúde e doença são fenômenos histórica e culturalmente produzidos. Havendo, portanto, diferenças nas formas de encarar e representar tais fenômenos.

Trata-se, dessa forma, de incorporar conceitualmente, a evidência empírica de que saúde e doença não se reduzem a uma experiência orgânica, biológica e objetiva, mas que a doença é também uma realidade construída e o doente é um personagem social (MINAYO, s/d:3).

Neste caso, a preocupação será em compreender a representação das psicólogas com relação à sua prática cotidiana e à sua inserção profissional no projeto PAIDÉIA de atenção à saúde da família. De que maneira representam seu trabalho, pois, como afirma MINAYO (s/d:3) existe uma forte relação entre “*os fatos e a eficácia das idéias*”, ou seja, “*se os seres humanos definem uma situação como real, ela é real em suas conseqüências*” (THOMAS¹, 1970).

Compreendendo então que representações sociais são,

categorias de ação, de pensamento e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na justificando-a ou questionando-a (MINAYO, 2000:158)

¹ THOMAS, W.I. *apud* MINAYO, M.C.S. Qualitativo e quantitativo em indicadores de saúde: revendo conceitos. Campinas/SP. (s/d). (mimeo).

Dessa forma, cada ator social tem uma maneira de perceber e significar a sua experiência, atribuindo relevância ou não a determinadas questões, temas, situações, sempre de acordo com sua história de vida e inserção social (MINAYO, 2000).

As representações sociais seriam uma “visão de mundo” (LUKÁCS², 1967) e são o principal aspecto concreto do fenômeno da consciência coletiva. São um conjunto de aspirações, de sentimentos e de idéias que reúne os membros de um grupo e os opõem a outros grupos.

As representações estão coladas no real, o estudo e análise dessas representações são um dado sobre o real e informam sobre a base material na qual se move determinado grupo social (MINAYO, 2000).

Assim, ao fazer a escuta da fala desse ator social, no caso as psicólogas, busca-se desvendar a representação social que as mesmas têm de sua prática na saúde pública.

As representações sociais enquanto senso comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade, são um material importante para a pesquisa no interior das ciências sociais (MINAYO, 2000:173).

Dessa forma, busca-se fazer uma leitura da “visão de mundo” desses atores sociais, para compreender a forma como se inserem no serviço público e qual o olhar que têm sobre essa inserção.

Por serem ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e verdadeiras, as representações podem ser consideradas matéria-prima para a análise do social e também para a ação pedagógico-política de transformação, pois retratam a realidade. Porém, é importante observar que as representações sociais não conformam a realidade e seria outra ilusão toma-las como verdades científicas, reduzindo a realidade à concepção que os atores sociais fazem dela (MINAYO, 2000:174).

² LUKÁCS, G. *apud* MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde.** Hucitec. São Paulo.2000.

Assim, são as palavras e o que elas representam que serão analisadas, contextualizando-as e fazendo com elas um retrato da realidade, a partir do ponto de vista de um grupo específico, sem esquecer que o enquadre quem dá é um outro ator, o pesquisador.

Nesse caso, o pesquisador é uma psicóloga que ocupa, nesse momento o cargo de apoiadora institucional em saúde mental, sendo, portanto, gestora protagonista da implantação e implementação do instituinte projeto PAIDÉIA. Coloco-me frente à difícil tarefa de olhar para essa experiência “de fora”, através do olhar das psicólogas, mesmo estando “dentro” e sendo comprometida e apaixonada por este projeto. Assim, o estar fora é viável dentro da possibilidade contraditória de quem analisa aquilo com o qual está compromissado. Através do texto das psicólogas, busco analisar a força e fragilidade deste, a forma como se impõe enquanto diretriz ordenadora e o convite que faz a um novo fazer e outro pensar.

A mediação privilegiada para a compreensão das representações sociais é a linguagem, a palavra é o fenômeno ideológico por excelência. A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social (BAKHTIN³, 1986).

Dessa forma os objetivos dessa dissertação são os seguintes:

Geral:

Caracterizar as representações dos psicólogos da Rede Municipal de Saúde de Campinas perante as diretrizes de Saúde Mental do município.

Específicos:

Caracterizar os atributos da política de Saúde Mental de Campinas;

Descrever como os psicólogos pensam a sua prática cotidiana;

³ BAKHTIN, M. *apud* MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento, pesquisa qualitativa em saúde.** Hucitec. São Paulo.2000.

Verificar o que o psicólogo percebe como mudança em suas práticas, com a implantação do PAIDÉIA.

A metodologia utilizada foi a seguinte:

Área de estudo:

Os cinco Distritos de Saúde da cidade de Campinas.

População de estudo:

Os psicólogos da área estudada. Campinas tem na rede básica, hoje, 24 psicólogos que atuam em Centros de Saúde, 7 no Distrito de Saúde Norte, 6 no Distrito de Saúde Leste, 4 no Distrito de Saúde Sul, 4 no Distrito de Saúde Noroeste e 3 no Distrito de Saúde Sudoeste.

Destes, o recorte utilizado foi o de entrevistar apenas os psicólogos que estavam inseridos na rede antes de 2001, ou seja, antes da implantação do projeto PAIDÉIA, sendo então 20 psicólogos.

Dos 20, foram entrevistados 15, dos cinco não entrevistados, três estavam em férias no período da coleta de dados e dois não retornaram os contatos feitos para agendar a entrevista.

Assim, entrevistou-se 5 no Distrito de Saúde Norte, 5 no Distrito de Saúde Leste, 2 no Distrito de Saúde Sul, 2 no Distrito de Saúde Noroeste e 1 no Distrito de Saúde Sudoeste, no período de outubro a novembro de 2003.

Material e Métodos:

Entrevista semidirigida, com um roteiro de três questões abertas, que foram gravadas e posteriormente transcritas. Entendendo que entrevista,

Não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores (...) que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada (CRUZ NETO, 1994:57).

Preenchimento de uma ficha (Anexo 1) com dados complementares sobre a formação, tempo de graduação e de inserção na rede, outras atividades profissionais e sentimentos em relação ao próprio trabalho no Centro de Saúde.

A hipótese inicial é de que as psicólogas têm uma dificuldade em implementar o projeto e resistem a mudar o próprio processo de trabalho, fazendo uma defesa do consultório e das psicoterapias.

Roteiro:

- Descreva a sua rotina de trabalho, o seu dia-a-dia... (nessa questão aprofunda-se a temática do apoio matricial)

O objetivo dessa questão é ouvir de que forma essas profissionais organizam seu processo de trabalho e o que tem sido priorizado na sua assistência.

- O que você acha que não faz, mas que deveria estar fazendo, como psicólogo no Centro de Saúde?

O objetivo central dessa questão é identificar ações tidas como necessárias ao trabalho da psicologia e que não estão sendo desenvolvidas, bem como, os motivos desta.

- Existe alguma mudança na sua rotina de trabalho desde a implantação do Paidéia?

Essa questão busca identificar de que forma as psicólogas sentem e vivenciam o projeto PAIDÉIA e se o mesmo influencia na prática cotidiana dessas profissionais.

A análise dos dados é feita a partir da fala, do discurso das psicólogas, que se transforma em texto, que é lido a partir de uma análise hermenêutica-dialética.

Essa escolha se fundamenta na busca de um instrumental que corresponda às dimensões e a dinâmica das relações que apreendemos numa pesquisa que toma como objeto a SAÚDE em suas mais diversas facetas: concepções, política, administração, configuração institucional entre outras, enquanto representações sociais e análise de relações (MINAYO, 2000:199).

Segundo MINAYO (2000), do debate entre Gadamer com Habermas origina-se a hermenêutica-dialética que se apresenta como um “*caminho do pensamento*”, uma via de encontro entre as Ciências Sociais e a Filosofia.

Da fala e da escuta de quem interpreta, nasce então, uma análise, uma das possibilidades de interpretação, que se dá a partir da “visão de mundo”, do estar na vida de quem interpreta. Nesse caso específico, o intérprete é uma psicóloga, gestora em um momento histórico determinado.

Dessa forma, a hermenêutica e a dialética,

pela sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, (...) o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação” (MINAYO, 2000:219).

Assim, faço uma escolha de “*caminho do pensamento*”, já que a hermenêutica consiste “*na explicação e interpretação de um pensamento*”. Quando a interpretação é de um tema “*importa, mais que a expressão verbal, a compreensão simbólica de uma realidade a ser penetrada*” (MINAYO, 2000:220).

A relação estabelecida entre a fala (traduzida num texto⁴) e a escuta de quem faz a análise é permeada por esse estar/ser no mundo. Não há neutralidade, há um comprometimento real e claro, que não impede a escuta, mas coloca a questão do pré-conceito como um cuidado a ser tomado.

O fato de pertencermos a determinado grupo social, a determinado tempo histórico, de possuímos determinada formação, faz com que a compreensão hermenêutica seja inevitavelmente condicionada pelo contexto do analista. Por isso, para Gadamer, a hermenêutica tem que se relacionar com a retórica e com a práxis. A arte da compreensão vincula-se com a arte do convencimento (retórica) naqueles casos em que a comunicação é trazida para o terreno das decisões em questões práticas. (...) A hermenêutica e a retórica se unem como caminho de

⁴ Segundo Minayo (2000) o termo texto deve ser compreendido num sentido amplo, relato, entrevista, história de vida, biografia, etc.

compreensão da mensagem, mas para entender a orientação e a modificação da ação. Dá-se aí o cruzamento entre linguagem e práxis, pois ambas se interpretam mutuamente (MINAYO, 2000:221).

Ao descrever a rotina de trabalho, o dia-a-dia, as psicólogas, trazem para o campo da fala a ação, a prática cotidiana, riqueza textual...

A hermenêutica traz para o primeiro plano, no tratamento dos dados, as condições cotidianas da vida e promove o esclarecimento sobre as estruturas profundas desse mundo do dia-a-dia. (...) A reflexão hermenêutica produz identidade da oposição, buscando a unidade perdida. Ela se introduz no tempo presente, na cultura de um grupo determinado para buscar o sentido que vem do passado ou de uma visão de mundo própria, envolvendo num único movimento o ser que compreende e aquilo que é compreendido (MINAYO, 2000:221).

Segundo MINAYO (2000), Habermas fala de pressupostos metodológicos da hermenêutica, resumindo o “*caminho da tarefa interpretativa*”, assim é necessário nessa construção:

a) diferenciar a compreensão do contexto da comunicação, da compreensão do contexto do próprio pesquisador; b) para isso, explorar e deduzir as definições de situação que o texto transmitido permite, a partir do mundo da vida do autor e de seu grupo social. Esse mundo da cotidianidade é o horizonte, o parâmetro do processo de entendimento do texto com o qual seus contemporâneos e interlocutores concordam ou discordam sobre algo, num único mundo objetivo, num mundo social comum, num mundo de intersubjetividades; c) o pesquisador ao analisar pode pressupor que compartilha com o autor suas referências formais à vida social. A partir daí busca entender porque o sujeito da fala acredita em determinada situação social, valoriza determinadas normas e atribui determinadas ações ou responsabilidades a certos atores sociais (MINAYO, 2000:222).

A significação da fala só é possível a partir da compreensão do texto quando o intérprete é capaz de *“tornar presentes as razões que o autor teria para elaborá-lo”* (MINAYO, 2000:222). Somente assim, é possível apreender o que cada uma das psicólogas disse, a validade da afirmação vem do reconhecimento de que o discurso delas é primordial.

A hermenêutica busca a compreensão do texto nele mesmo ‘entender-se na coisa’. Ela se distingue do saber técnico que quer fazer da compreensão um conjunto de regras disciplinadoras do discurso. (...) Se apóia na reflexão histórica que concebe o intérprete e seu objeto como momentos do mesmo contexto. Esse contexto objetivo se apresenta como tradição, entendida aqui como uma linguagem transmitida na qual vivemos (MINAYO, 2000:223).

Segundo MINAYO (2000:226), Habermas:

reconhece a possibilidade de um encontro fecundo entre a hermenêutica e a dialética, em primeiro lugar no seu ponto de partida: O HOMEM. Em ambas, o objeto de análise é a práxis social e o sentido que buscam é a afirmação ético-política do pensamento.

Dessa forma (MINAYO,2000), afirma que a hermenêutica e a dialética são momentos necessários na produção da racionalidade. A interlocução realizada por Habermas, entre essas duas concepções é ressaltada,

O autor, ao mostrar a contribuição e os limites da hermenêutica, chega a uma proposta de complementaridade com a dialética, complementaridade possível a partir da própria realidade. Enquanto a hermenêutica penetra no seu tempo e através da compreensão procura atingir o sentido do texto, a crítica dialética se dirige contra seu tempo. Ela enfatiza a diferença, o contraste, o dissenso e a ruptura de sentido. A hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade de sentido (MINAYO, 2000:227).

Assim, chegar ao resultado, que não é final, que é leitura e interpretação que se dá a partir da própria história de quem interpreta, mas que tem conjunção na fala de quem diz.

A união da hermenêutica com a dialética leva a que o intérprete busque entender o texto, a fala, o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem) ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico. Esse texto é a representação social de uma realidade que se mostra e se esconde na comunicação, onde o autor e o intérprete são parte de um mesmo contexto ético-político e onde o acordo subsiste ao mesmo tempo que as tensões e perturbações sociais (MINAYO, 2000:228).

Nesse sentido, o caminho que percorri na interpretação do texto, escrito pelas psicólogas, é um dos caminhos que poderiam ser percorridos. Bem como a interpretação dada também é uma, dentre várias possibilidades de análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

“... Fala
Se eu não entender
Não vou responder
Então eu escuto.
Eu só vou falar
Na hora de falar
Então eu escuto.
Fala..”
(João Ricardo/ Luli)

“A VOZ DO DONO E O DONO DA VOZ”: AS REPRESENTAÇÕES DOS PSICÓLOGOS SOBRE A SUA PRÁTICA

Parto do princípio de que as determinações são dialeticamente construídas. “*A voz do dono e o dono da voz*¹”, são ambivalência do que é dito por um, mas que é determinado por outro, um que contém, mas que também é contido. Nas falas das quais fiz escuta, aparecem a repetição do que é próprio do psicólogo, reportado à sua formação, identidade profissional e formas de organização do processo de trabalho: “*a voz do dono*”, mas não só, não apenas, que ninguém é só determinação do outro, seja sujeito (patrão, marido, pai) ou instituição (igreja, formação, política), mas é um que se constrói, e tem fala criadora, crítica, inovadora, também é em alguma instância “*o dono da voz*”.

Da fala, que é texto, surgem as representações das psicólogas, que constroem, no cotidiano dos Centros de Saúde, formas de assistência em Saúde Mental. Dada por um modelo tecno-assistencial de saúde, no caso o PAIDÉIA, mas que se articula na prática com o que já está instituído. De um lado, há uma diretriz instituinte, que se quer instituída. De outro, o peso de profissionais que têm uma determinada formação, uma prática anterior, valores, ética, são protagonistas da assistência. De que forma esse profissional baliza sua voz com a da diretriz? Que representação tem do que faz? Nesse momento, me coloco como a interlocutora desse coro de vozes, emergindo dele a minha fala.

¹ Chico Buarque, canção do álbum *Almanaque*, outubro/novembro de 1981.

Quem seriam essas psicólogas, de que contexto cada uma delas fala? São trabalhadoras em Centros de Saúde de Campinas, mas com tempo de inserção profissional diverso umas das outras, com histórias diferentes, etc.

A partir do preenchimento da ficha de dados complementares² é possível caracterizar um pouco melhor esse universo das psicólogas de CS em Campinas...

São todas mulheres, a mais nova tem 30 anos, formada há seis anos e três de rede, a mais velha tem 59 anos, formada há dez anos e seis de rede. Em média elas têm 41 anos, dez anos de rede e são formadas há 15 anos.

Das 14 que preencheram a ficha, oito afirmam não terem sido preparadas na graduação para o trabalho em Centro de Saúde, cinco relatam terem sido formadas para o “consultório particular”, duas afirmaram não haver a área na época da graduação³ e uma afirma “não ter feito essa escolha profissional” na graduação.

Das seis que responderam terem sido preparadas para o trabalho, cinco citaram o fato de terem feito estágios em CS e uma de ter recebido “*ensinamentos básicos para fazer adaptações*”.

Sete desenvolvem outras atividades profissionais, seis em consultórios particulares e uma em docência para ensino superior.

Sete fizeram algum curso ou especialização voltado para a área de Saúde Pública, após a graduação. Dessas, quatro fizeram especialização em Psicoterapias Institucionais, duas fizeram cursos de Aprimoramento Profissional⁴ e uma fez Residência em Hospital Psiquiátrico. Os outros cursos são voltados para a formação clínica do psicólogo, são citados cursos de psicoterapia breve, corporal, casal, família, grupos, ludoterapia, infantil, psicanálise, cognitiva e psicodrama.

² Todas as psicólogas, com exceção de uma, preencheram a ficha com dados sobre a formação e tempo de inserção no serviço público.

³ Uma tem 48 anos e a outra 51 anos.

⁴ Uma no Hospital do Servidor Público e outra na Preventiva da UNICAMP em Epidemiologia.

Em relação ao trabalho desenvolvido por elas no Centro de Saúde, três afirmaram ter sentimentos positivos (realização, prazer, desafiada em relação a novos fazeres), três revelaram sentimentos negativos (exploração, frustração, irritação e ansiedade) e oito afirmaram ter sentimentos tanto positivos quanto negativos que mesclam a satisfação e o prazer do trabalho com a ansiedade e insatisfação com a grande demanda, falta de recursos, mudanças de diretriz, falta de reconhecimento, excesso de funções e insatisfação salarial.

Com esse breve panorama, pode-se partir para a interpretação do texto dessas psicólogas.

Três grandes temas foram eleitos em função da revisão teórica proposta e do desejo de investigação, da possibilidade de verificar quais os enfrentamentos que essas profissionais têm feito no seu cotidiano, quais construções têm edificado e quais conceitos e práticas têm servido de resistência para o embate com as diretrizes impostas pelo projeto PAIDÉIA, de tal forma que, dialeticamente, se apresente a contradição⁵ entre matriciamento auto-referente e compartilhado, entre a prática do consultório e do território e a forma como percebem o gestor nesse processo, num determinado contexto histórico a saber, Campinas em 2003.

De cada tema surgem questões centrais que auxiliam no processo de leitura e entendimento do texto das psicólogas.

Os temas escolhidos, a partir desse recorte são os seguintes:

O psicólogo representando seu trabalho: consultório e território

- A defesa do consultório: a força do instituído;
- A construção de outros “settings”: a força do instituinte;

⁵ Contradição que não torna excludente seus opostos.

A defesa do consultório se faz com a força do modelo tecno-assistencial instituído pela APS, tendo como pano de fundo a formação e o Conselho de Psicologia. O modelo territorializado instituído pelo PAIDÉIA, se manifesta pela busca de outras práticas e “settings”, da força de projetos intersetoriais e a necessidade identificada de construção de uma clínica ampliada.

O psicólogo definindo o matriciamento: auto-referência e compartilhamento...

- Como é entendido/feito o matriciamento;
- Auto-referência e cerceamento;
- Compartilhamento e possibilidades;

O matriciamento auto-referente se dá a partir do núcleo⁶ profissional. O psicólogo lança mão de seus conhecimentos, de um jeito de fazer aprendido na formação e construído na prática. Busca na sua história possibilidades de enfrentamento para os problemas que lhe são apresentados num novo espaço de trabalho, as equipes de saúde da família. Por ser uma experiência nova e em construção, o profissional acredita que o centro das ações em Saúde Mental seria ele mesmo. Em função disso, sente-se sobrecarregado, pois ele mesmo teria que executar as ações, desenvolver os projetos, assumindo na equipe um papel de supervisor que discute casos. O compartilhamento se daria numa lógica de divisão com a equipe de saberes, funções e poderes, conseguindo, assim, diluir as questões referentes à Saúde Mental no trabalho da equipe como um todo.

A partir do matriciamento auto-referente pode surgir uma série de dificuldades que levam ao cerceamento do trabalho do “psi” e da equipe, ao contrário, com o compartilhamento as possibilidades de enfrentamento tornam-se mais viáveis no cotidiano.

⁶ Conforme discutido no Cap. 4.

O psicólogo olhando o gestor: apoio e abandono...

- Sentem-se valorizados?
- Como olham as diretrizes?
- Que tipo de apoio lhes é oferecido?

Vale lembrar que esse tipo de separação é um recurso didático, na verdade há uma sobreposição dessas questões, além de muitas outras que poderiam ser levantadas nos textos produzidos pelas psicólogas entrevistadas.

As contradições e fissuras que aparecem o tempo todo no texto das psicólogas, são representadas pelo e, enquanto conjunção aditiva, no sentido de união entre os conceitos de compartilhamento e auto-referência, possibilidade e cerceamento, consultório e território, apoio e abandono. Tem por função salientar que um, não exclui o outro, e que num mesmo texto ambos podem aparecer em diversos momentos, sendo, portanto, parte do processo, a contradição entre o instituído e o instituinte.

O psicólogo representando seu trabalho: consultório e território...

Nesse tema foram agrupadas as representações que as psicólogas têm da sua prática concreta, de que forma e quais são as ações que permeiam seu cotidiano. Haveria uma mudança de prática com a implantação do projeto PAIDÉIA? Existe uma ressignificação do fazer da psicologia? Há uma busca pela ação no território como preconiza o projeto instituinte? Há uma defesa do fazer do psicólogo, identificado com a prática de consultório?

A rotina de trabalho...

Ao descrever a rotina de trabalho cinco das entrevistadas citaram, prioritariamente, o trabalho em consultório que é composto por atendimentos individuais de psicoterapia, avaliação e psicodiagnóstico, trabalhos com grupos psicoterapêuticos, terapêuticos e de orientação, para atender a demanda de crianças, adolescentes e adultos.

Fazendo alusão posterior ao apoio matricial, colocando-o no lugar de uma ação a mais que deve ser feita, representando-o dessa forma, como sobrecarga de trabalho.

Bom, eu tenho trabalhado individualmente e em grupo, então eu tenho alguns atendimentos individuais (...) Tem alguns dias da semana que eu não tenho feito grupo em função de reunião fora (...) Eu tenho trabalhado principalmente com criança e adolescente, não era assim antes. Quando eu vim pra cá, que a gente tinha equipe maior, eu tinha grupo de adulto também, fazia atendimento individual de adulto (...) e a demanda enorme, eu acabei ficando só com avaliação e atendimento de criança e adolescente. Atualmente, eu tenho um grupo de adolescente, tenho três de criança e tenho um grupo de psicóticos (...) Tenho feito avaliação e tenho feito psicoterapia individual. (E 3)

A referência ao apoio matricial é feita mais adiante na entrevista, apesar de haver em função dele, uma demanda específica para seu trabalho...

É, na verdade assim, esses dois grupos vieram de uma equipe especificamente que eu faço apoio matricial... Ah! Tem o apoio matricial que eu tenho feito na verdade só em uma equipe... (E 3)

Outra faz o mesmo tipo de referência, descreve a rotina de avaliações e encaminhamentos, que segue o modelo aprendido na graduação...

Tem uma avaliação que eu faço com as crianças (...) Então a avaliação da criança é o seguinte: sempre primeiro é com os pais ou responsáveis para colher dados de anamnese, aí seguem uns dois meses mais ou menos de avaliação dessa criança em individual e depois eu dou a devolutiva, a gente sempre vê se é um caso para terapia da criança, orientação dos pais ou grupo. Também tem um grupo de orientação dos pais que é um grupo fechado, com determinado número de seções, aí isso também agiliza muito. Porque tem muitos casos que só com orientação dos pais a criança não precisa aderir ao tratamento. Tem os atendimentos individuais, os grupos de terapia, não só infantil, para todas as idades. (E 15)

Sobre o apoio matricial, “um a mais”, que deve ser feito...

Que mais, tem essas reuniões . Aqui são quatro equipes de referência. Eu agora estou participando de duas, como a gente faz para matricular, então eu vou atender todas as crianças e matricular nessa reunião... (E 15)

Outra entrevistada também se refere à sua prática numa linha de formação tradicional em psicologia, que valoriza a necessidade de aprofundar o diagnóstico para então tratar a “doença”, rotina essa que hoje está prejudicada pela falta de tempo. Nesse sentido, pode-se supor uma alusão ao modelo PAIDÉIA, ao mesmo tempo parece sentir a necessidade de complementar a sua prática, buscando formação para outras formas de atuação...

Eu atendo criança, adolescente, adulto (...) faço terapia individual, grupal, e estou fazendo minha especialização pra aprender a fazer Terapia Breve (...) então é isso, a maioria dos atendimentos são isso: terapia, psicodiagnóstico, eu até as vezes, dependendo do caso, eu aplico testinho nas crianças, pra mim, quando a escola às vezes pede alguma avaliação, quando eu mesma, pra poder ver melhor, mas é uma coisa que eu faço bem. Antes eu fazia com mais frequência, hoje faço menos... porque não dá tempo... (E 8)

Outra entrevistada representa sua rotina como uma multiplicidade de questões que acontecem ao mesmo tempo e que “espremem” sua necessidade de aprofundar o raciocínio clínico sobre os casos. Possibilidade de nova alusão à imprevisibilidade de um projeto que tem por diretriz a porta aberta às necessidades dos usuários, o que por sua vez desestabiliza a rotina dos serviços que não conseguem organizar seu processo de trabalho para acolher a demanda de urgência, levando a uma sobrecarga de todos os profissionais ao mesmo tempo...

Bom, eu tenho muita coisa para fazer! Muitas questões para lidar. Essas questões envolvem desde atendimentos, atendimentos agendados, até questões de emergência, coisas que surgem sem previsão! Coisas de nível da equipe, dificuldades da equipe de lidar com algum paciente, alguma dificuldade de encaminhar o paciente

ou de resolver alguma situação que está acontecendo ali no momento ou pacientes que vêm até aqui mesmo sem ter agendado numa situação urgente pra gente estar lidando. Fora isso tem a parte burocrática, que é o registro de tudo aquilo que a gente faz, a necessidade que eu tenho, sentar e escrever os atendimentos, as sessões. Ela fica sempre espremida entre todas essas coisas que são mais urgentes, entre os atendimentos, as buscas pessoais das pessoas aqui. (E 5)

A não referência imediata ao apoio matricial não significa o não envolvimento com o projeto, uma das entrevistadas não cita o apoio, mas, cita junto com a prática de consultório uma prática fora de atenção alternativa feita no território, com a qual está bastante envolvida, prática essa que faz parte da implantação do projeto sendo bastante incentivada. Faz uma referência interessante à discussão de casos em parceria com outros serviços, o que representa a co-responsabilização nos casos mais graves...

Tem os atendimentos individuais. O meu específico. Eu tenho um grupo de Lian Gong, o professor, voluntário, já vai fazer dois anos que ele vem aqui e eu comecei a fazer junto com ele. Então é o grupo que eu toco. A gente tem um grupo aqui na vila e lá na ocupação, no módulo (...) E as reuniões, a gente tem uma reunião quinzenal de saúde mental (...) nessa reunião a gente discute ou casos nossos ou outros serviços também vem, quando a gente tem algum caso em comum com o CEVI ou o Caps... (E 9)

Dez das entrevistadas citam imediatamente o apoio matricial como parte de sua rotina diária de trabalho, três delas o representam como uma função a mais além do trabalho de consultório e uma delas cita o apoio matricial como sua primeira função na rotina de trabalho.

A forma como o projeto instituinte produz formas de publicizar o processo de trabalho de cada um é representado enquanto peso, exigência de alteração, ou pelo menos cobrança, de um novo modo de atenção, que define o apoio matricial como algo que leva à diminuição de horas de trabalho dedicadas ao consultório.

Bom, tem meus atendimentos individuais, alguns em psicoterapia, outros em acompanhamento psicológico. Também com a mudança do modelo do Paidéia ficou difícil da gente fazer uma psicoterapia como a gente fazia antes, porque a gente tem que participar de reuniões, e a própria diretriz de trabalho é diferente, a gente só fica mesmo com os casos muito graves, com egressos de hospital psiquiátrico. Então para esses a gente tem a oportunidade de fazer psicoterapia. Mas o que acontece, a população aí ela está necessitada desse atendimento. Então, agora, quando as pessoas chegam, o que eu posso oferecer, como eu explico, não é mais uma psicoterapia. Como eu fazia antes da entrada do projeto... (E 14)

Outra entrevistada refere-se ao apoio matricial como uma função “além” das já desenvolvidas e que seriam mais identificadas com a atuação do psicólogo...

Bom, a gente atende consultas agendadas, eu atendo faixa etária de zero até idosos, e atendo individual e grupo psicoterapêutico, grupos de alguma patologia específica, por exemplo, dificuldade conjugal, patologia tipo ansiedade, grupo de depressão; e além de grupos, nós temos o apoio matricial. (E 13)

O envolvimento com a demanda do CS para “outras questões” é descrito por uma das entrevistadas, que vê no apoio matricial um lugar de “discutir casos”, tem no atendimento de consultório seu principal foco de trabalho...

Eu faço atendimento individual e faço alguns grupos de orientação de pais, grupos de reflexão até com pacientes que acho que estão bem, e que eu preciso cuidar até ele se desligar. Faço grupos desse tipo, não faço grupos terapêuticos propriamente dito porque eu não tenho formação para grupo. Então minha rotina de trabalho é assim: se divide na questão do atendimento individual, dos grupos que eu toco e dos grupos que participo das outras atividades do Centro de Saúde, tanto aquela questão de apoiar a equipe com discussão de caso, como a questão de participar, por ex., como eu estava participando de uma reunião agora, de grupo de cuidadores, então eu vou. Grupo de amamentação, tem uma parte emocional que eu participo. Então, é assim que trabalho. (E 11)

Através do texto dessas três psicólogas, é possível perceber instituinte e instituído em pura contradição, pois apesar da descrição de uma rotina voltada prioritariamente para o consultório, já trazem no discurso uma alusão à introdução de outros modos de fazer psicologia no dia a dia.

De maneira oposta, uma das entrevistadas refere-se, em primeiro lugar, à sua prática ao apoio matricial, representando-o dessa forma como parte prioritária de seu processo de trabalho...

Eu tenho a questão da reunião semanal que a gente tem com a equipe. É nessas reuniões que faço o matriciamento da equipe (...). Então tenho por semana duas reuniões com cada equipe para estar discutindo os casos com o generalista, com o GO e tal. Os casos que eu atendo, normalmente, vêm dessas equipes, então dentro da minha rotina tenho o individual tanto para avaliação, um olhar do que vamos fazer com esse caso. (E 7)

Ao mesmo tempo faz uma definição do que seria para ela o papel do psicólogo em CS...

Alguns atendimentos individuais mesmo, na linha de uma abordagem terapêutica. Hoje em dia não consigo mais falar de terapia. Acho que é assim, uma abordagem terapêutica. Que você vai estar ajudando a fazer rede, tem hora que fica numa coisa de ficar mais agenciando com escola, com creche, com asilo. Fazer esse papel de agenciador, de costurador de trânsitos e também tem atendimento individual. E fora isso têm os atendimentos a grupo. (E 7)

Uma das entrevistadas define bem o que seria a rotina de trabalho do psicólogo em CS, um estar dentro (no consultório) e ao mesmo tempo, sem exclusão, um estar fora (no território), processo de construção presente na fala de três delas...

Em termos do trabalho aqui, tem tanto atendimento individual, grupos, reuniões com a equipe, reuniões fora em escola, centro de convivência, também, eu fico lá duas horas por semana... (E 1)

O dentro e fora, consultório e território também é descrito por outra entrevistada, que expressa de maneira dinâmica e rica sua rotina de trabalho...

Meu trabalho é basicamente com grupos, sempre, atualmente eu estou com uns dez grupos mais ou menos. Eu trabalho com crianças, com adolescentes, com adultos e tenho alguns atendimentos individuais. Hoje eu tenho outros grupos que é por conta do Paidéia, aqui nós somos divididos em quatro programas de família e eu faço o matriciamento de todas, mas assim, específico de uma (...) então eu me reúno toda semana com a equipe pra gente estar discutindo caso clínico na equipe e discutindo outras questões também dessa equipe. Tem também uma reunião interna da mental que é quinzenal... E todas as triagens, de vez em quando intercorrências, esse trabalho da ponta mesmo. (...) Então minha rotina é essa (...) e de vez em quando eu faço um trabalho extra-muro, visitas domiciliares, mas não é uma rotina, a visita é sempre que precisa, então eu tenho o trabalho de estar saindo, mas no momento não é uma rotina... (E 4)

Para três delas, a rotina se alterna entre o trabalho de psicoterapia individual e grupal e avaliações e o de matricular as equipes de referência, não havendo referência a outros tipos de atividades desenvolvidas por elas, como bem representado pela fala de duas...

Eu trabalho no módulo, que é uma equipe que eu trabalho mais especialmente, que eu faço a matriciação (...) Então lá eu atendo na parte da manhã e depois participo da reunião da uma às três horas da tarde. Eu faço, uns três grupos, então esse tempo meu aqui é dividido entre grupos, individual... Não faço atualmente muita coisa externa, mais atendimentos mesmo. (E 10)

Ou,

Aqui trabalho com agendamentos, tanto atendo individualmente casos mais graves que não dá para colocar em grupo e os atendimentos em grupo, no caso, das psicoterapias. Fora isso, participo das reuniões de equipe, sou referência de uma equipe que eu faço matriciamento de saúde mental... (E 12)

Todas falam em apoio matricial, o que mostra a força dessa diretriz institucional. Entretanto, há em suas representações, distintas formas de valorização e de resistência, do matriciamento, na sua rotina de trabalho, que passa pela sobrecarga e excesso de funções a abertura para outras e novas formas de atuação.

A defesa do consultório: a força do instituído

A força do modelo de Atenção Primária a Saúde, modelo instituído, faz-se presente no discurso de praticamente todas as psicólogas, aparecendo em graus e situações diferenciadas, apesar de que o modelo instituinte, o projeto PAIDÉIA, propicie, com nuances variadas, um novo colorido à representação que as psicólogas têm de seu trabalho. Cabe salientar que não deve existir um maniqueísmo entre projeto instituído e instituinte, entre consultório e território. Álias, a ação no território é possível a partir da formação e apropriação do “psi” pelo seu núcleo profissional.

Uma das entrevistadas que vem desenvolvendo diversas atividades interessantes fora do CS, como grupos de caminhada, grupos de relaxamento em escola e Centro de Convivência valoriza bastante essas novas práticas, a contradição aparece com a força do instituído ao representá-las como práticas que “*fogem da psicologia*”...

... atividades que eu participo sozinha seria a do Centro de Convivência, que eu vou lá uma vez por semana, passo duas horas lá e faço um grupo de relaxamento... Essas práticas que eu estou colocando que fogem um pouquinho da área da psicologia mesmo, são mais assim, espaços alternativos que a gente acaba criando... E na escola eu estou fazendo, também, um trabalho de relaxamento com as professoras, eu achei que ajudou, assim eles acabam não vendo mais o psicólogo como um... Não vai entender, ou já vai interpretar o que a gente fala, então cria uma proximidade, então é muito mais fácil deles dizerem vem discutir um caso aqui comigo, coisa que não tinha antes... (E 1)

Outra entrevistada fala de seu desconforto por não ter mais o mesmo espaço para efetivar o trabalho da psicologia e, quando questionada sobre algo que deveria fazer enquanto psicóloga, mas que não está fazendo, de pronto refere-se à psicoterapia, sendo este um dos ruídos que aparecem na fala de várias delas...

Eu digo que, por exemplo, eu não tenho mais aquele sistema de atendimento semanal, sabe, o que caracteriza mesmo a psicologia, propriamente dita (...) Eu acho que é exatamente o atendimento das pessoas que procuram a gente com a necessidade das psicoterapias... (E 14)

Várias citam e descrevem situações que levam a pensar no fato de haver uma demanda criada e com necessidade das psicoterapias, a força do instituído, papel de psicólogo é fazer psicoterapia, levando à clausura do consultório. Este seria um dos grandes desafios, mostrar que a psicologia pode atender em clínica psicoterápica, mas também deve desenvolver uma outra forma de atuação clínica que não diminui o profissional e nem desatende o sofrimento das pessoas.

O trabalho com escola eu gostaria de ter mais tempo, de devolver para a escola... E devolver não é assim se vire... É estar construindo junto um tipo de trabalho, né... Um trabalho que eu gostaria de devolver para a escola, é o trabalho com professor, que pode ser até o professor de educação especial, ele pode estar fazendo grupos de mães, ajudando como a mãe pode ajudar o filho na tarefa de casa, que isso não precisa necessariamente ficar comigo, com o psicólogo do Centro de Saúde, então dividir um pouco sabe, esses trabalhos... Então isso eu sinto que falta, porque a procura de atendimento é muito grande... (E 1)

Assim, apesar de valorizar outras práticas e perceber o quanto são importantes para a resolutividade dos casos a mesma entrevistada afirma,

É mais assistência, mais atendimento... (E 1)

Revela sua insatisfação e a representa como uma característica do serviço público, contradição presente, pois através de outras práticas vem conseguindo transformar em alguma medida o próprio processo de trabalho...

Uma das coisas assim que eu fico meio insatisfeita, mas que eu acho que é uma característica assim do serviço público... Mas eu gosto de trabalhar muito de devolver para a pessoa... E não ela criar uma dependência... E muitas vezes acaba criando essa dependência da terapia... (E 1)

No decorrer do texto uma delas percebe estar “amarrada ao consultório”, o que a impossibilita de fazer outras atividades. De um lado, a psicóloga sofre por não estar conseguindo trabalhar a diretriz formal, elas vivem uma forte pressão instituinte, por outro, essa mesma diretriz mexe com valores e regras estabelecidos há muito tempo, levando ao questionamento da própria prática e sinalizando com a possibilidade de um novo *modus operandis*.

Eu sinto que a gente faz pouca coisa, assim, extra muro. Eu, eu principalmente. A TO faz o Lian Gong com a população, faz esse trabalho da Intersetorialidade... Acho que ela está mais próxima da comunidade do que eu. Mas é porque a demanda também não tem permitido, não sei se eu, talvez, não esteja me organizando direito... (E 8)

Quando questionada sobre o que deveria estar fazendo, aponta a necessidade de sair do consultório, para cumprir o modelo instituído da APS, no qual o CS deveria responder as ações de nível primário, preventivo...

As minhas visitas. Mas não dá tempo. Mesmo em escola, eu vou pouco. Tem vezes que, dependendo do encaminhamento que me mandam, eu fico em dúvida se é um caso para atendimento, eu não vou na escola, mas talvez pudesse fazer um trabalho mais de atenção primária que a gente não tem tempo de fazer, acaba ficando atendendo, atendendo, atendendo e não sai muito. (E 8)

O fato de não conseguir vencer a demanda pela psicoterapia provoca a angústia das profissionais, pois existe a identificação da necessidade de outras formas de trabalho que as alternativas “tradicionais” das psicoterapias em grupo parecem não solucionar...

Então por exemplo: a questão da mulher, gravidez na adolescência, talvez a gente pudesse ter mais grupos: grupos de adolescentes, grupos de mulheres, a gente vê as pessoas... A gente começa a ver o que é o geral, ter uma visão mais do mundo social (...) A questão do alcoolismo, que sofrem violência, que sofrem abuso, sem perspectiva de futuro. Parecem que não tem desejo e a única expectativa que tem é conseguir a cesta daqui, o vale escola dali, o vale não sei o quê... Como trabalhar essa população, sei lá, trabalhar o desejo, o objetivo de vida, o eu, trabalhar nesse sentido, trabalhar com esses grupos. E com isso eu pessoalmente não consegui me organizar... Porque são grandes demandas sabe? Ouvir isso e poder trabalhar com isso. A hora que eu vejo tem agenda até dezembro e não tem vaga, e eu quase que não tenho mais ninguém semanal, todo mundo quinzenal (...) O que eu vejo é que tem uma agenda lá com um monte de atendimento individual com atendimento quinzenal, casos sérios (...) Então o que eu vejo é isso, é que o que eu sinto não sei se daria pra fazer melhor ou diferente. É isso que esta dando pra fazer. (E 9)

De certa forma é como se a única solução para casos tão sérios fosse apenas ter horário semanal para psicoterapia, são questões mais globais, que necessitam de outro tipo de enfrentamento, além da psicoterapia. Essas “grandes demandas” devem ser enfrentadas pela equipe como um todo, em virtude de serem problemas de saúde pública, que necessitam de ações coletivas, como por exemplo a questão da dependência e/ou uso abusivo ou contínuo de substâncias psicoativas.

A representação que fica é a de um círculo vicioso, no qual outras ações não são feitas porque não há tempo e o tempo não aparece porque não são feitas as ações. Sozinha, a Saúde Mental não conseguirá enfrentar tais problemas, pois existem os casos que realmente necessitam da atenção específica do “psi”, enchendo a agenda, o que dificulta a elaboração e execução de outros projetos que também são fundamentais.

Sair para o território é identificado como alternativa para vencer a demanda, que leva ao sentimento de impotência e incompetência. No discurso das psicólogas, o sofrimento é bastante presente.

Você vê que afunila que chega uma hora que estrangula... A gente agenda, e por mais que você monte grupo, tente otimizar nunca vai dar conta e isso é ruim porque é como se eu fosse incompetente... Acabo achando assim, eu sou incompetente, eu não consigo, nunca vou conseguir (...) Eu tenho uma dificuldade grande de contato com as escolas e acho que seria importante, mas você fica atendendo, atendendo e não dá conta, mas você teria que fazer um trabalho com as escolas... Eleger a que mais manda... Fazer um trabalho epidemiológico mesmo, quem sabe não seria uma forma de conseguir reverter a demanda... (E 15)

É possível perceber, pelo texto de uma das entrevistadas, que trabalhar a clínica de maneira isolada, nos casos graves e de maior complexidade pode levar à baixa resolutividade. Nesse sentido, a inserção da “psi” nas equipes de referência, para o trabalho da Saúde Mental pode ser muito promissor. Embora, pareça ser desejado por essa profissional, locais “mais preparados” para cuidar desses casos, a força do instituído nos níveis de complexidade crescente, contrariando a lógica do território e da co-responsabilização do modelo instituinte...

Em função da agenda e da demanda, então eu acho que a gente acaba fazendo um trabalho muito de apagar incêndio, ou, às vezes, a gente fica muito tempo com casos graves desestruturados, com uma desestrutura familiar enorme e fica sem muita perspectiva de melhora, de mudança, de alta e aí a gente deixa de fazer um outro tipo de trabalho... (E 3)

O desejo de especialistas é bem descrito por uma das psicólogas. Discurso que permeia questões do instituído e do instituinte, o modelo da APS contemplava a idéia de ambulatórios e níveis de complexidade. Num exemplo de figura e fundo, esta seria a figura, o fundo é passar para o especialista que diminuirá a responsabilidade, pois não sabe cuidar daquilo, portanto diminui a angústia com tudo que é difícil. A lógica da atenção no território parte do discurso do cuidar com outros serviços e profissionais, com a família e a

escola, mas sob a responsabilidade de uma equipe que cuida de um determinado território. Com certeza, esse não é um trabalho fácil...

Se tiver uma especialidade, melhor, já passa para aquela pessoa responsável por isso, de tal Centro de Saúde, então você encaminha para ela. Mas ela também não vai ficar com os outros casos que eu vou segurar. Acho que funcionaria muito melhor, na minha opinião (...) Seria mais fácil, teria uma fluência melhor, se você pudesse passar aquilo que você não sabe fazer, eu acho que o trabalho tem uma melhor resolatividade. (E 13)

Em alguns casos a psicoterapia acaba sendo utilizada como única possibilidade de convivência, de estar junto, de pertencer a algum grupo, ocasionando a lógica da dependência.

Hoje em dia o paciente do grupo entra sabendo que vai ficar até dois anos (...) eu faço sempre um contrato de que, no finalzinho do ano, a gente vai avaliar e os que estiverem melhores são convidados a se retirar (risos). A maioria, às vezes, não quer, porque gosta, mas se já está melhor... (E 8)

Uma das formas de resistência ao modelo instituinte e sobrevivência em função da angústia causada pelas inúmeras dificuldades é o recolhimento ao próprio núcleo de trabalho, identificado como do psicólogo, garantia de uma certa eficácia e forma de não se perder enquanto profissional.

E por mais que a gente pense em outras alternativas, que não necessariamente, o atendimento de consultório, das psicoterapias, mas mesmo assim existem aqueles casos que não dá para outro profissional, porque precisa da técnica específica e aí, fica angustiante para gente, porque a gente vê a necessidade e a gente também está no meio disso. (...) Então, é gratificante nessa parte. Se por um lado tem toda essa angústia dessa demanda de não conseguir dar conta, por outro lado o retorno que tenho profissionalmente com os pacientes, com as pessoas que estou conseguindo trabalhar, está sendo muito bom. Então é isso que me motiva a continuar. (E 12)

A dificuldade em ajudar a mudar a cultura instituída dos outros profissionais, torna-se um dos impeditivos para reversão do fluxo e da demanda, para a execução de outras práticas pela psi e demais profissionais...

... por outro lado eu não tenho mais criatividade, não sei mais o que inventar pra esses pacientes, quando a gente vai discutir o apoio matricial, dizem 'ah então vamos pensar, vamos criar'... Assim, eu não consigo mais ter criatividade pra achar o que as pessoas possam fazer no meu lugar, entende? Eu fico pensando bom eu sei o que eu posso fazer, né? (E 3)

Qual o papel do psicólogo nesse projeto? É como se essa pergunta permeasse de alguma forma o texto delas, há a resposta para a pergunta não feita, uma afirmação do núcleo profissional (identificado com o consultório) e de sua importância para as pessoas. Existe a necessidade real das psicoterapias e não há nada oficial que afirme que os casos graves não seriam mais atendidos pela psicologia...

A princípio a sensação que dava era... Bom então não vou mais atender, vou só discutir caso, parecia que nada era caso pra gente atender, porque se fosse psicótico era pro Caps, se fosse, é... Tudo seria pra gente direcionar o fluxo. E eu me perguntava assim, pôxa, e os meus pacientes? Onde eles vão estar? Essa população que eu atendo é pra quem atender? Ai, a princípio, em alguns momentos, dava a sensação de que ah, o agente faz visitas, o agente acompanha, a enfermagem dá conta, e a gente pensava, mas como? Uma pessoa com tentativa de suicídio, a outra tem pânico, a outra tem depressão, o outro que é TOC... como? Eu tenho que entender que a grande massa que a gente atende é, tem muito desses. Então não sei... (E 9)

Há também a sensação de perda do campo profissional, do campo da Saúde Mental que parece diluída em meio à agitação e demanda do cotidiano...

Eu sinto a equipe da mental muito menos integrada agora, cada um foi fazendo no seu tempo e perde um pouco isso, assim a gente tem as reuniões, a gente conversa, mas fica todo mundo desesperado, se sobra um tempinho já quer marcar um paciente aqui pra dar uma avaliada.. Então a gente não pode ver um buraco na agenda... Faltou essa integração maior... (E 1)

Mesmo para algumas profissionais que desenvolvem trabalhos de certa forma alternativos ao atendimento em consultório, no discurso ainda aparece a idealização desse modelo como o idealizado, contradição...

Você tem o bonitinho. O dia que está bonitinho está ótimo! Você vem, tem seus atendimentos individuais, aí num período você tem grupo, aí tá bom! O dia que ferve, não tem rotina. O dia que ferve, sai com um para cá, outro pra lá. (E 6)

O recolhimento ao próprio núcleo profissional aparece traduzido na necessidade sentida por algumas das entrevistadas em ter tempo para aprofundar casos clínicos, a defesa do consultório, do estar dentro, sendo mesmo priorizada...

Acho que várias coisas a gente precisava fazer melhor! Uma das coisas é planejar tudo isso que eu falei um pouco. Acho que para cada paciente, para cada situação que tenho diante de mim, eu preciso de um tempo maior depois para refletir sobre ela. Faço pouco, quase nada, diante do tamanho, da proporção que isso deve ter no meu trabalho. Principalmente isso, aí acho que tem a questão do apoio matricial que tem que ser melhorada, enfim, se tiver que escolher uma é isso, porque isso passa, quer seja no apoio matricial, quer seja no atendimento nas sessões... (E 5)

Essa necessidade também é sentida por outra psicóloga, tendo realmente valor para a assistência, mas não devendo se tornar justificativa para não sair do consultório...

E os casos são tantos e são tão interessantes (...) E é um seguidinho do outro. Então, às vezes, eu noto ali mesmo alguma coisa, e, às vezes, a gente vai embora e não dá pra pensar nisso tudo... Eu faço um curso na Unicamp e eu vejo cada caso, a gente senta, discute, pensa, viaja, e é tão mais rico aquilo que a gente vai fazendo... Não sei se é um cuidado, sinto falta disso, que poderia fazer... (E 9)

Interessante que a prevenção é citada por várias das entrevistadas, mas numa ação auto-centrada no fazer do psicólogo, pouco referente às ações intersetoriais e em relação com as equipes de PSF.

Eu acho que em Centro de Saúde a gente tinha que conseguir fazer um trabalho mais preventivo e dentro da Saúde Mental eu acho que não consigo fazer, em função da demanda, principalmente depois que começou a Saúde da Família eu tenho a impressão que aumentaram os casos graves e a gente tem ficado só com os casos graves, casos realmente muito graves, e a gente não tem conseguido fazer um trabalho mais preventivo... (E 3)

Ficando a idéia de que esse tipo de trabalho dependeria exclusivamente de um aumento do número de profissionais, sem a devida reorganização do processo de trabalho e da revisão de prioridades na assistência.

A parte preventiva (...) Então, o meu sonho é montar projetos de acompanhar gestantes do 3º, 4º mês de gravidez, mas não com a proposta de trabalhar apenas o período gestacional, mas pra acompanhar o desenvolvimento, a relação dessa mãe com o bebê até os dois anos de idade. Eu acho que a gente evitaria, preveniria, muitas doenças mentais graves. Eu acho que falta, eu trabalho sozinha aqui na área infantil, não tem uma equipe multiprofissional, então eu não dou conta de atuar nesses projetos preventivos, mas eu acho que é muito mais saudável... (E 2)

As ações desse tipo, das quais participam, não são para essas profissionais adequadas para dar conta desse “caráter preventivo”, mas não conseguem compor um modo intermediário e que capacitasse melhor as equipes, pois é como se isto fosse função do “psi”, não podendo ser feita por outro profissional.

Trabalhar com crianças mais novinhas, com grupo de orientação de mães, com grupo de gestantes, são coisas que eu gostaria de fazer, aqui eu até tenho participado do grupo de gestantes, mas eu não acho que esse grupo seja exatamente da forma como eu gostaria de fazer, porque aqui as equipes têm feito uma palestra, então aí tem a palestra da pediatra, do ginecologista, da enfermeira e a minha, acho que isso não muda as pessoas, acho que um grupo de gestantes mais efetivo... (E 3)

Essa mesma lógica permeia a necessidade do trabalho com as escolas, identificado como fonte de encaminhamentos para a psicologia por quase todas as entrevistadas.

Em função, por exemplo, de algumas coisas que a gente começa a observar eu sinto que poderia mudar o tipo do trabalho. Então, por exemplo: muita demanda da escola. Então nós tentamos fazer um trabalho com os professores pra tentar aliviar essa demanda e resolver de uma maneira mais criativa, a gente não conseguiu. A gente tem uma dificuldade muito grande com a educação. (E 9)

De certa forma, permeiam as relações uma situação em que o especialista é procurado para falar sobre determinado assunto, sendo pouco construída uma relação de cumplicidade e parceria, sendo esta uma construção difícil...

A gente faz o trabalho nas escolas. E tem algumas atividades extra muros. Assim, o que aparecer e solicitar... Por exemplo, a EMEI ali de baixo solicitou um trabalho com os professores. Fechei a agenda e fui. Teve um outro trabalho no EMEI lá em cima que nós fizemos com as monitoras. Tudo isso é agendado previamente. (E 6)

Algumas das ações preventivas desenvolvidas ficam em descompasso com a necessidade e desejo das pessoas, não tendo a eficácia e a participação desejada, levando à sensação de frustração e mesmo ao desejo de voltar para o núcleo psi, entendido como atendimento em consultório.

Eu comecei um grupo de mães porque, por essa falta de horário, bom, criança mais novinha abaixo dos seis anos, eu comecei um grupo de mães, era um grupo aberto, então assim, tem necessidade, vem com encaminhamento de escola, de creche, mesmo do pediatra que percebe que tem alguma coisa diferente que quer passar pelo psicólogo, então eu montei esse grupo de mães, que era um grupo pra já ir conhecendo, orientando, mas não vinha ninguém, mas também porque eu não faço nenhum vínculo, um grupo absolutamente aberto que ninguém faz essa ponte de conversar com essa mãe, de explicar a necessidade, não é? E ninguém aparecia... (E 3)

Ou,

... foi uma experiência que eu estava muito animada de estar saindo daqui pra trabalhar nos Núcleos, eu fui, fiz todo um projeto. No primeiro dia foram seis mães, sendo que a escola tem cento e tantas mães, no segundo dia foi nenhuma, aí eu fiquei bem... Aí eu fui entender, mas na hora eu fiquei meio mal, puxa vida é coisa de consultório mesmo, é pra voltar pro Centro de Saúde... (E 4)

Uma das entrevistadas no decorrer de sua fala caminha para o raciocínio de que é possível fazer junto, em processo, em construção vem a força instituinte sinalizando a possibilidade de novos projetos...

Talvez a gente possa trazer alguma coisa do conhecimento clínico e elas do pedagógico, também não precisa dominar tudo. Mas isso é, acho que talvez eu pudesse contribuir mais, mas acho que é questão de ir aprendendo as parcerias, perdendo o medo de ir lá mais, conversar mais, tentar mais, isso que eu acho interessante. (E 10)

No roteiro de entrevista, a terceira questão referia-se à constatação ou não de haver sido implementada uma mudança no jeito de trabalhar das psicólogas entrevistadas. Oito delas responderam afirmativamente e sete negativamente, destas, duas afirmam que há a “intenção de mudança” e sua possibilidade “se o projeto funcionar como deve”, uma delas afirma não haver mudança na sua forma de atendimento e posteriormente reflete que a implementação das equipes de PSF já são uma “grande mudança”. Três, das que afirmaram não haver mudança, não fizeram referência inicial ao apoio matricial quando questionadas sobre a rotina de trabalho, o que aponta para uma pouca integração com pontos fundamentais do projeto, como a participação efetiva nas equipes de referência.

As respostas positivas em relação à mudança serão analisadas posteriormente. No momento, cabe a reflexão sobre como a negativa de mudança reflete, na verdade, uma defesa do consultório, de um modo de trabalhar, de sua identificação com essa técnica, pois é como se todos deversem alterar seu processo de trabalho, mas o psicólogo não.

O meu jeito técnico não, eu sempre fui, acho que na formação mesmo da nossa área sempre nos foi mostrado dentro dos nossos tratados e estudos que pra você atender um cliente ele tem que ser visto no global dele, nós nunca, pelo menos na minha formação, nós nunca tivemos orientações pra gente trabalhar com o sintoma, então sempre foi a clínica ampliada, então as nossas técnicas, na minha técnica não houve alteração, eu sempre tive essa visão... (E 2)

Havendo inclusive, por parte de algumas entrevistadas, a idéia de que, na verdade, a mudança ocorre em função de uma sobrecarga de trabalho, excesso de função...

Não eu acho que não, no sentido do atendimento, do dia a dia acho que não, mas que aumentou no sentido de fazer o apoio matricial, não é? Mas, fora isso acho que não teve mudança, mesmo na abordagem familiar que é uma coisa que eu acredito e que acho que seria importante fazer junto com outras pessoas, eu não consegui fazer, não consegui mudar até esse ritmo de agendamento, a organização do trabalho eu não consegui mudar, algumas coisas que eu gostaria de mudar eu não consegui... (E 3)

Muitas são as dificuldades nessa proposta de modelo tecno-assistencial, que propõe tirar o profissional de Saúde Mental do lugar do que cuida do estranho, do diferente para colocá-lo num lugar de partilha real de responsabilidades e saberes, de pensares e práticas junto com a equipe. Para uma das entrevistadas, esse lugar não pode ser modificado em função da própria especificidade do trabalho do psi.

Acho que passa por aí uma diferença muito grande do nosso lugar na Saúde Mental em relação à saúde como um todo. A gente está sempre pensando na contra-mão do pensamento padrão, do pensamento estabilizado, do pensamento já cristalizado, das rotinas, a gente está sempre revendo essas coisas. Então acho que é por isso que é muito difícil exercer esse lugar de psicólogo na saúde pública. Acho que é um lugar mesmo e acho que vai continuar sendo assim. Pela própria característica do nosso fazer, do nosso trabalho! Que passa por aí, por a gente estar lidando com questões que vão na contra mão mesmo da objetividade, da organização mental, que a gente está justamente com o objeto de trabalho que é aquele da

desorganização, da confusão, das angústias, e realmente é muito difícil para as pessoas assumirem um contato com isso, entrarem em contato com isso. (E 5)

Dessa forma, pensar o sofrimento mental seria uma especificidade dos “psi”, o que, na prática, cria um impeditivo para um compartilhar, pois se fala de um lugar auto-referente, de um entendimento de sujeito baseado na clínica de consultório.

É um lugar de contradição, o lugar do psicólogo na Saúde Pública. Eu acho isso interessante. Difícil, mas extremamente interessante poder pensar nisso, poder pensar por aí, senão a gente fica pensando que só os outros que nunca assumem, que eles não dão conta. O nosso objeto de trabalho é um objeto de trabalho muito difícil de ser visto, pensado! (E 5)

Dentro da prática clínica de consultório existem diferenças entre as formas de lidar com a demanda e o próprio tratamento. Algumas das entrevistadas que buscaram técnicas (como a terapia breve) que permitam uma maior agilidade e resolutividade, têm no trabalho com grupos uma ferramenta e criam formas próprias para evitar as listas de espera. Duas não citaram essa temática, quatro referiram ter lista de espera e dificuldade em desligar ou criar outras alternativas para pacientes que estão em psicoterapia há mais de um ano e oito delas não trabalham com lista de espera...

Eu nunca trabalhei com lista de espera, porque como eu trabalho com família, a resolutividade é muito boa. Hoje mesmo, eu chamei um pai, é o pai, eu já chamo, já conversei, se não vem, eu vou lá, então a coisa é muito rápida. Então eu acabo tendo uma resposta muito rápida, tem aqueles pacientes antigos da Mental que estão comigo em psicoterapia, mas a maioria são casos rápidos, eu não tenho assim, aquela agenda que alguns profissionais que não trabalham com grupos tem (...) Então assim, até o Natal eu dou uma avaliada em todos os meus pacientes pra programar janeiro, pra dar alta pra alguns, pra mudar o projeto de outros. Mas em geral assim, é muito difícil alguém ficar com mais de um mês de espera. Eu acredito que é por causa dos grupos... (E 4)

Uma das entrevistadas fala sobre as faltas e desistências que, de certa forma, sugerem uma demanda para psicoterapia mais em função da avaliação do “psi”. Muitos talvez procurem uma acolhida, um espaço continente, que não necessariamente precisaria ser um psicólogo a fazer. Nessa reflexão pode haver uma das armadilhas psi, a de julgar que a população é resistente ao tratamento psicoterápico, quando talvez busquem outra coisa, ou apenas um espaço para poder ser e estar.

Não tenho fila de espera. Porque a cada vez que começo entrar em sufoco, percebo os que estão melhor e faço um contrato com eles. Olha, você está indo bem, você está caminhando, você está legal, tenta ir. Tenta ir, porque agora estou precisando desse espaço. Nada o impede de voltar se ele sentir necessidade. Ai ele vem, conversa comigo mesmo, ai reavalio, se houver necessidade, tendo, encaixo. Não tendo, falo: dá um tempinho, deixa eu ver. Se a pessoa também falta duas vezes sem justificar, ela perde a vaga. Esse é nosso contrato de trabalho. Nosso contrato é: você faltou duas vezes, consecutivas, sem justificar, você perde sua vaga e vou dar sua vaga para outro! E acontece muito abandono e você aproveita! Muitas vezes tem uma seleção natural mesmo, das pessoas te procurarem num momento, de repente desaparecerem. Algumas você se preocupa, vai atrás, você manda visita, quer saber como está! Mas a pessoa já se resolveu, ele não quer mais. (E 6)

A formação do psicólogo aparece como contradição dentro do modelo instituinte, justificando a defesa do consultório e de sua prática aliada a força do CRP.

Então há um ano eu fiz algumas formações, alguns cursos de outras práticas que, às vezes, eu não consigo estar colocando aqui por conta de tempo, por conta do rigor do CRP, então é muito pessoal porque eu acabo ficando insatisfeita. Mas, às vezes, eu... A coordenadora abre espaço para isso e eu acabo introduzindo algumas coisas, como isso que eu falei indiretamente: relaxamento, técnicas de respiração. Você vê resultados muito rápido... (E 1)

A diretriz de um maior compartilhamento com a equipe e da co-responsabilização, entram em choque com a formação e com as regras do CRP...

Eu faço duas anotações, eu tenho os meus mesmo aqui que estão todas trancadas à chave e tenho o prontuário que fica no CS, que eu coloco o básico. Porque tem coisa que você sabe que não dá para dividir... Então é complicado acho que tem coisa que tem que ser sigiloso mesmo... Até discuti com o CRP, eles aprovam do jeito que estou fazendo minhas anotações... Ninguém pode reclamar, se quiser o básico está lá, se precisar do específico, é lógico que eu vou discutir... Básico é a pessoa veio, não veio, a queixa principal, qual a conduta, se a pessoa está faltando, o básico mesmo...(E 15)

Outra faz referência à figura idealizada do psicólogo, oriunda da formação, e o choque com a prática quando inserida na Saúde Pública...

Um psicólogo da rede tem que ser generalista, tem que fazer de tudo. Então não dá pra você sair da faculdade e achar que é só nome nos jornais. Eu tenho visto por experiência nas minhas reuniões com os outros profissionais que tem sido assim na prática dos outros também. (E 13)

Essas são representações das psicólogas, construídas e legitimadas socialmente, que lhes dão uma certa identidade profissional. Isso não é mudado com facilidade, apenas em função do desejo do gestor que implementa uma política na qual acredita.

A formação para atendimento de uma elite aparece na representação de outra psicóloga, o choque com a realidade do CS e necessidade das pessoas que buscam ajuda, cabendo também uma reflexão sobre a forma como a instituição tem que adaptar a demanda de acordo com o que o profissional pode oferecer, sendo neste momento histórico, necessário publicizar a própria prática e revertê-la em função da assistência, das necessidades das pessoas e mesmo de criar outras demandas que não a das psicoterapias, um estímulo a repensar a própria prática.

Sou psicóloga, formação em psicanálise, depois uma formação em terapia cognitiva de um ano (...) acho que a gente tem que de usar de tudo isso que a gente sabe e mais, de muita criatividade para ver se

favorece um pouco a população. Fiz outra formação porque a psicanálise não dava para eu trabalhar, aqui é muito diferente, até mesmo a demanda das pessoas é por outra coisa. Tenho especialização em atendimento de ludoterapia, trabalho isso também com as crianças. Nunca fiz grupos de crianças, mas tenho vontade de fazer. Não faço grupo porque não tenho formação, então fica aquela coisa, não foi minha escolha profissional me especializar em grupos. Não foi. Então a especialização que fiz foi em terapia sabe, tudo coisa individual, agora que estou começando a fazer um grupo diferente do grupo de orientação de pais que eu fazia, que é esse grupo de mulheres e estou pensando nesse grupo de crianças. Quero ver como vou fazer, quero fazer uma coisa bem lúdica. Quero fazer grupo de criança e vou pensar, porque não tenho nada estruturado.
(E 11)

A força do tipo de formação voltada para o atendimento de consultório aparece na representação de que isso seria o “fazer do psicólogo”, sendo, portanto, uma perda as “outras coisas” embora tenham a sua importância. Aliado a isso vem a certeza de que as pessoas carecem desse tipo de atendimento, tornando-se, inviável qualquer reversão de fluxo e demanda.

Eu podia agendar uma vez por semana. Fazendo psicoterapia em serviço público do jeito que você podia ter num consultório particular. Tá, eu acho assim, um serviço mesmo e psicologia. Logicamente com atendimentos individuais, atendimento em grupo, também, sabe, orientação de casal e tudo. Agora, com essa mudança de modelo, esse atendimento ficou prejudicado. Porque a prioridade não é mais isso, a prioridade é a gente participar das reuniões das equipes, não que isso não seja muito bom. É muito bom, a gente trabalhar com as equipes de referência, é muito interessante, mas só que a gente acaba perdendo um pouco da outra coisa né? Então a psicoterapia mesmo ela ficou, para população em geral, ela ficou prejudicada na minha opinião... (E 14)

Uma das entrevistadas faz uma crítica ao processo de formação do psicólogo e acredita que se aprende mesmo na Saúde Pública...

Tenho 12 anos de atuação em rede. Faço muito mais do que imaginava que fosse fazer como psicóloga. Hoje a gente faz coisas que nem aprendeu a fazer (...) O que a gente aprende na faculdade como psicólogo enquanto psicoterapia, aquela coisa fechada, não é assim que funciona na rede pública (...) No Centro de Saúde você é um profissional, dentro da psicologia, você tem sua linha de referência, mas você faz coisas que não fazia na faculdade. Faculdade você não aprendeu a fazer visita domiciliar para orientar que se precisa tirar os pneus do fundo porque eles vão te passar dengue. Até isso a Saúde Mental faz (...) Você não aprende na faculdade a entrar em ocupações, a ter de ter vínculo com essa população, uma troca onde a educação básica do ser humano, a faculdade tira isso de você! A faculdade te enfia na cabeça que você vai ser um doutor de Saúde Mental, com consultório bonitinho, e que lá as pessoas vão falar a mesma língua que você. E, às vezes, eu tento me adequar a uma realidade que não é essa (...) Hoje eu acho que a rede pública forma muito mais um psicólogo do que a própria universidade..." (E 6)

Estas são algumas reflexões possíveis a partir do texto das psicólogas, onde aparecem a contradição entre o instituído e o instituinte, num processo de trabalho que esconde muitas "riquezas e diferenças"...

A construção de outros "settings": a força do instituinte...

Sair do consultório foi identificado como de fundamental importância pelas entrevistadas, que vêm nisso a grande mudança de seu processo de trabalho e uma das maiores riquezas do projeto PAIDÉIA. Possibilidade que se dá a partir da formação das equipes de saúde da família e da integração do trabalho com os outros profissionais. Não que este seja, um processo simples, mas um caminho que vale a pena ser trilhado, um lugar de descoberta de potencialidades de todos os atores envolvidos, usuários, familiares, trabalhadores e gestores.

Que envolve não apenas ações promotoras ou preventivas do adoecimento, mas também a revisão da clínica psicológica, tão identificada com a psicoterapia. Novamente a clínica permanece, é fundamental. Porém merece ser revista, repensada enquanto instituidora de algumas técnicas utilizadas. A construção de outros “settings”, não significa a destruição do núcleo “psi”, mas sim a adequação deste à complexidade das demandas e de seu sofrimento, que merecem outras formas de enfrentamento, para as quais o psicólogo não é preparado e a organização dos serviços não privilegiava.

As oito entrevistadas que afirmaram haver uma “mudança em seu jeito de trabalhar” a justificaram a partir da criação das equipes e da possibilidade de uma maior integração entre os profissionais do CS...

Eu acho que a gente ficou mais assim, participativo, em termos das outras atividades da unidade. Então a gente fica mais, fica mais ligado mesmo. Da minha parte, eu fico mais ligado no que está acontecendo, fico mais querendo saber tudo, me informando mais. Houve uma modificação sim. (...) Acho que a gente está vendo um ponto positivo na melhora, que a gente está procurando olhar o paciente mais contextualizado, mais assim dentro das próprias relações, isso a gente tem um acesso maior isso é a coisa mais positiva que tem nesse projeto. (E 11)

Duas das psicólogas entrevistadas não citaram em suas falas qualquer prática fora do consultório, além da questão do apoio matricial, sendo que uma delas não o aponta dentro de sua rotina e nega haver mudança em seu processo de trabalho, sendo, portanto, pertinente, aparentemente, representação e prática. Duas delas não citam práticas fora do consultório, mas apontam em sua fala a necessidade das mesmas, sendo esta inclusive, no texto de uma delas, sinalizado como algo que deveria estar fazendo enquanto psicóloga.

Onze das entrevistadas citam práticas fora do consultório, alguns pontos levam a perceber no texto dessas psicólogas, apontamentos de uma prática que busca estar mais próxima das pessoas e do território que elas habitam...

Outra coisa eu me sinto um pouco mais envolvida com os pacientes, mas eu acho que isso, um pouco é o que a gente ouviu na capacitação, é o trabalho em equipe que motiva, daí você se envolve mais com o paciente, e a questão também de trabalhar com as equipes, com todos os problemas que tem, que a gente idealizou as coisas na capacitação, depois chega e é mais difícil né? Do que a gente sonhou na capacitação, eu acho que mesmo assim, não sei, é uma coisa animadora fazer um plano junto, organizou mais, porque antes era tudo mais disperso quando não tinha as equipes, eu acho que deu uma organizada melhor, a coisa de ter as equipes deu uma organizada. É que agora ajuda a gente a se responsabilizar mais realmente, os pacientes ficavam mais soltos, que nem uma coisa solta no mar assim, agora eu acho que a gente vê os problemas realmente deles um pouco mais, como é lá no Módulo, estando mais próximo de onde eles moram... (E 10)

O processo de transformação do modelo aparece na fala de uma das psicólogas que representa em seu discurso a manutenção do instituído, demonstrando a contradição que permeia a mudança...

Eu acho que se funcionar como realmente tem que funcionar parece que é uma idéia boa, porque de repente, assim, se eu ficar conhecendo aquele território (...) eu sem querer estou atingindo a família, por outros profissionais, eu vou chegando através desses outros profissionais, conhecendo até a população. Se funcionar realmente direitinho, que nós estamos implantando agora (...) então terá que ser algo que eu acho que com certeza irá melhorar o trabalho de todos (...) você tem a oportunidade também de conhecer a pessoa integralmente como um todo. Nós não temos, dentro de um consultório fechado, a oportunidade que estamos tendo agora de saber, por exemplo, o que sabemos, quando uma enfermeira faz uma visita para um curativo (...) ela viu coisas que importantes, que a gente não sabia, e que hoje a gente tem a oportunidade (...) antigamente nós tínhamos uma visão muito rápida, porque você estava mais preso. Hoje em dia não, eu tenho essa visão ampla, que eu acho positivo, você saber coisas que você não sabia, então é uma saúde realmente integral, eu acho. Só que nós temos muitas falhas... (E 13)

O processo de construção é apontado por outra entrevistada, a importância que passa a ter na representação de seu trabalho conhecer o território, o prazer e a apropriação do próprio trabalho...

Mas quando eu vi, gente, então os pacientes vem desse lugar a pé até lá. Você começa a entender mais a vida deles, eu acho que deu uma mudada, eu acho que a gente aumentou a responsabilização um pouco mais, agora, ainda não é como a gente gostaria, da forma ideal que a gente sonhou lá na capacitação, mas eu acho que a gente se responsabiliza mais, é tão gostoso... (E 10)

Essa mesma psicóloga salienta o quanto é fundamental para a saúde mental fazer o matriciamento, sendo para ela determinante do processo de mudança...

... o interessante seria ficar um dos psiquiatras na equipe porque, o profissional ao ser inserido ele vai se motivar mais a trabalhar aqui dentro, pra ele, eu posso receber pacientes da equipe, estou recebendo já, mas é importante que o psiquiatra participe, que senão ele fica uma pessoa solta que não tem muito espaço, a gente sabe que isso motiva o trabalho da pessoa também, se a equipe funcionar legal assim... (E 10)

Outras práticas, a saída para o território, para algumas das psicólogas se deu através do trabalho com a equipe de PSF, projetos que surgem de demandas identificadas com a equipe...

Alguns trabalhos, assim, que eu estou fazendo com a equipe W... A gente faz um grupo de caminhada, então eu vou e antes da caminhada eu faço uma preparação, um relaxamento, algumas dicas de atitude interna para estar ajudando na caminhada, passo umas dicas para estar melhorando a auto-estima, é um trabalho de uns 15 minutinhos. Tem um outro trabalho, mas que por enquanto ficou só de artesanato, eu também vou fazer essa preparação, com dicas de relaxamento, antes de fazerem o artesanato que pode ser fuxico, cestaria de jornal... É um grupo que tem o objetivo, assim, educação e saúde continuada, tanto arte como saúde... (E 1)

Além dos trabalhos desenvolvidos junto com a equipe, essa psicóloga participa de atividades num outro espaço da comunidade; adentrar o território, criar possibilidades de espaço e convivência, a força instituinte presente, trabalho vivo, prazer e apropriação com a própria prática...

Comecei no Centro de Convivência fazendo horta, porque lá você entra, você é uma pessoa para estar compartilhando, a idéia lá é de você não vestir nenhuma camisa de nenhuma profissão, lá você é a Maria, a Joana... Então estava precisando de alguém que começasse a horta e eu comecei... A gente conseguiu semente, foi no CAC, conseguiu doação de livros, materiais pra começar a montar uma oficina de horta. Daí chegou num ponto que o pessoal queria mais e a gente saiu e entrou alguém especializado. Isso foi o que ficou da primeira fase... Agora eu estou fazendo essa oficina de relaxamento e respiração, é um grupo aberto, quem quiser aparece lá e a gente vai ficar uma hora e meia junto, trabalho com música, é bem a idéia de recuperar a consciência corporal, o ritmo da respiração, então é muito gostoso, eu faço junto, é muito gostoso... (E 1)

Algumas atividades são disparadoras de outros projetos, a partir das necessidades e desejos dos atores envolvidos como conta uma das entrevistadas...

Das pessoas lá embaixo do Lian Gong surgiu outro grupo, de Fuxico, então assim, é um grupo bem interessante. As pessoas com quadro de depressão, uma coisa assim, eu encaminho, os que conseguem ir, conseguem ficar, a gente vê uma melhora bem significativa, um resultado bem legal. Esse vale a pena! (E 9)

A busca por alternativas que auxiliem a continência das pessoas que buscam o CS fazem parte da rotina, são construções para fora do consultório que vão expandindo, ampliando a clínica das psicólogas...

Então tenho um grupo que chamamos de grupo de caminhada, que eu faço Lian Gong, que a gente caminha e de vez em quando, uma vez por mês, a gente tem uma roda de conversa no final. Então é assim: não é um grupo terapêutico, é um grupo aberto, às vezes tem 20 pessoas, às vezes tem 10 pessoas. Mas foi uma forma que achei de

estar dando alguma continência para esses casos que vão tocando, mas de vez em quando precisa de uma escuta, de um espaço mais continente, então, muitos com esse grupo, com minha oferta, muitos que vêm, que não são casos graves, que não dá para priorizar com o atendimento, porque a gente tem muita coisa, então esse grupo que escoo um pouco esse tipo de demanda. Então tem esse grupo que é semanal e uma vez por mês faço uma roda um pouco mais criteriosa, que nos outros dias é mais um mote de caminhar, de encontrar...
(E 7)

Projetos que envolvem educação e saúde também são alternativas e auxiliam no trabalho clínico das equipes...

Também tem um grupo de senhores adultos, hipertensos e diabéticos (...) eram 5 senhores só, aí eu mudei de dentro da sede para a caixa de malha, de 5 viraram 38, 42, dependendo do mês. Então, uma vez por mês estou nesse grupo, daí é manhã inteira porque o grupo é muito grande. Sou eu e um auxiliar! (...) Então a gente trabalha qualidade de vida com eles. Tem muitos deles que são alcoolistas, todos hipertensos, todos com hábitos alimentares muito complicados e a gente tenta trabalhar a qualidade de vida! Custo-benefício! Eu adoro! (E 6)

O trabalho de visitas domiciliares também são ações desenvolvidas para fora do CS, no contato com o território junto com a equipe na tentativa de uma maior integralidade da assistência...

Também tem visita domiciliar, em alguns casos, não são todos. Porque a proposta não é psicoterapia domiciliar. A gente faz visita domiciliar para acamados, alguns que não podem, você tem alguns encontros pontuais, mas não chega a ser psicoterápico. Vou chamar de terapêutico e não de psicoterapêutico. Tentando dar uma revigorada, uma melhorada, uma visão desse quadro clínico junto com a equipe também. Que daí você amarra a saúde como um todo. Não fica só a mental, ou só a clínica, ou só... E amarrando esse paciente para ver se a gente consegue trazê-lo para o centro de saúde. (E 6)

Trabalhos com outros serviços do território também têm sido desenvolvidos, as ações intersetoriais são parte interessante dos projetos que vêm sendo desenvolvidos, com diversos serviços e parceiros...

E agora estamos trabalhando com uma ONG com as monitoras. É um abrigo de crianças que sofrem maus tratos. Então a gente começou em outubro, com a turma da manhã (...) É tipo um treinamento mesmo. Primeiro são os encontros e discutimos temas, depois disso vai seguindo... E estou vendo se eu consigo dar conta a cada dois meses, depois passa a ser mais próximo, a cada mês. E nesses encontros agora a gente vai tratar os temas que elas trouxeram desnutrição infantil, um pouco de tudo... (E 15)

Algumas ações já faziam parte do cotidiano das psicólogas que vêm no projeto PAIDÉIA uma possibilidade de ampliação e construção conjunta...

Isso já teve dois casos da mãe alcoolista que está amamentando e que já foi pro Conselho Tutelar. Em geral esses casos, o Conselho está junto, às vezes tem o Núcleo também, a Assistente Social vem ou eu vou lá e a gente discute. Então, quando essas coisas são mais complexas, a gente corre atrás e leva mesmo pra discutir no Paidéia, mas de um modo geral é um trabalho que eu já fazia, o Paidéia veio acrescentar, hoje assim é mais tranquilo eu saber que eu posso estar contando (...) Na semana passada teve uma Assistente Social do Núcleo que me procurou pra pensar um projeto juntas, de fazer um trabalho com as monitoras, pra eu ajudar, porque veio com a queixa de distúrbio de comportamento, querem ajuda pra lidar com as crianças... (E 4)

O trabalho com escolas é uma das grandes demandas para fora do CS e várias são as experiências relatadas, as dificuldades na construção das parcerias com a educação é um dos obstáculos do caminho...

E com uma escola da nossa área de cobertura que é uma escola estadual de 1º grau e que tem demandado bastante da gente, porque está no meio do bairro mais violento aqui (...) Então a gente tem tido muita essa parceria com a escola, embora assim, a gente chama de

parceria, mas sente que ainda está patinando naquela coisa de trabalhar com a expectativa da escola, que a gente vá lá e dê conta (...) e a gente tentando trabalhar com essa escola, discutindo, problematizando, atualmente por exemplo a idéia de fazer com eles um trabalho de territorialização e então a gente tem esse contato, pessoalmente eu e a dentista da equipe mais próxima da escola.
(E 7)

Algumas conseguem encontrar parceiros e sentem grande motivação no trabalho...

Agora, a escola que é lá perto do Módulo, eu gosto muito da diretora e da orientadora pedagógica, são pessoas que têm recurso, que têm diálogo, e elas procuram resolver as dificuldades daquelas crianças, procuram levar outras coisas, procuram resolver pedagogicamente, então elas me animaram... (E 10)

Algumas práticas anteriores ao projeto qualificam a clínica e a assistência da Saúde Mental...

Que nós temos uma coisa fechada na equipe, é um pacto antigo nosso. Se você nunca foi usuário de medicação, primeiro você vai passar pela psicologia. Você não vai para a psiquiatria direto nem que você peça pelo amor de Deus. A gente faz a conversa, faz o contrato, explica a questão da medicação, da necessidade ou não dela para evitar dependência. Então a gente segura. (E 6)

Uma das entrevistadas, de formação tradicional, relata a sua busca por outras práticas, uma nova clínica, que passa por descobertas da possibilidade de contextualizar o sofrimento do usuário e criar espaços para reflexão fora da clínica psicoterápica...

Estou começando a fazer esse projeto de clínica de reflexão, que é pegar alguns pacientes meus que já tenho há algum tempo e trabalhar de uma forma lúdica. É uma experiência que estou fazendo, para não ficar aquela coisa pesada de grupo, terapia, de tratar de problemas, eu quero tratar de soluções. Eu quero levar às pessoas música, poesia, técnicas de colagem, recorte, que levante aquela coisa da pessoa se pensar. E que ela pode partilhar no grupo

(...) Então é um espaço que o Centro de Saúde criou para essa mãe estar largando tudo que ela tem lá, inclusive os problemas dela e vir aqui e pensar sobre ela, resgatar como ter prazer na relação com o filho. Que geralmente é, entre aspas, um encargo. Então, estou preocupada com isso hoje... (E 11)

As dificuldades encontradas para o estabelecimento de ações e projetos intersetoriais que sejam realmente efetivos é bem representada por uma das entrevistadas, o que, ao mesmo tempo, revela a importância deste tipo de prática para a clínica do CS.

E onde também acho que a gente perde muito, muito tempo e muito gás, é nessa coisa da falta ainda que sinto da política de intersectorialidade. Acho que a gente está tentando, tem um discurso e tal, mas acho que ainda é muito difícil. Assim, essa coisa de poder contar com ação social um pouco mais presente, ao acompanhar um caso que tem uma demanda. Saúde mental tem uma demanda também social muito grande, então assim, essa dificuldade eu acho que a gente ainda tem de se perceber parceiro, instituições irmãs... Co-responsáveis! E não de mandar... Por exemplo, como se fazia antes: então manda para a assistente social para ver se arruma uma cesta básica. Não é essa a questão! É de estar sentando junto, de estar fazendo projeto terapêutico realmente que cada um tenha uma parte, então sinto assim, que isso a gente tem um pouco de dificuldade. (E 7)

Algumas profissionais relatam que já desenvolviam em sua prática ações para fora do território, buscando parceiros dentro e fora do CS. Com a implantação do projeto PAIDÉIA, passa a existir uma prerrogativa de que, pelo menos, para dentro do CS essas parcerias se concretizem e o trabalhador da Saúde Mental possa tecer uma co-responsabilização pelos ditos casos da Mental.

Outras profissionais que ainda tinham como foco de sua assistência apenas o atendimento de consultório passam, no mínimo a questionar-se sobre o sentido de sua prática, num processo de contaminação que parece acontecer em cadeia, através da inserção nas equipes. De qualquer forma, esse não é um processo simples e requer muito de todos, num movimento em que alguns avançam mais e outros menos, entre processos contraditórios de força instituída e instituinte.

O psicólogo definindo o matriciamento: auto-referência e compartilhamento...

O objetivo deste tema é perceber o entendimento que as psicólogas têm do apoio matricial, como o representam em seu trabalho. De que forma este vem sendo feito, numa lógica de auto-referência ou de compartilhamento, quais possibilidades (avanços) têm sido identificadas por elas no cotidiano e quais cerceamentos (dificuldades) têm sido enfrentadas, sem perder de vista a contradição sempre presente no texto, numa construção que se faz com compartilhamento e auto-referência, com possibilidades e cerceamento...

O apoio matricial, o que é?

Existem diferentes formas de entendimento do que seja o apoio matricial. Da Saúde Mental, especificamente do psicólogo, no projeto de saúde da família – PAIDÉIA. Em dois anos de implantação, ainda existem unidades onde o apoio matricial não está efetivamente implantando, inclusive por falta de RH. Mesmo nos locais onde o apoio acontece, são diversas as formas de entendimento de que função é essa e de como melhor executá-la.

O apoio matricial em Saúde Mental torna-se estratégico no programa de saúde da família pois, historicamente, a mental tem como premissas o vínculo e o acolhimento, tão necessários para todos os profissionais de saúde, já que todo processo de adoecimento tem componentes de sofrimento subjetivo. Com o apoio matricial é possível unir corpo e alma.

O apoio matricial é compreendido, nesse contexto, como a troca de saberes e poderes entre os trabalhadores da saúde mental e os outros profissionais da equipe de PSF, responsáveis pelo cuidado dos usuários e suas famílias, levando em consideração as noções de risco e vulnerabilidade social na construção de projetos terapêuticos singulares, tendo como diretriz, a territorialização, o acolhimento, vínculo e responsabilização, de tal forma que se garanta a integralidade, o acesso e a equidade na assistência.

Seis das entrevistadas representam, em seu texto, o apoio matricial como um local para discussão de “casos da mental” e acabam assumindo um papel de supervisor ou de um “secretário” que vai às reuniões para “pegar os casos”. Uma das entrevistadas afirma que o apoio está em construção no CS no qual trabalha. As outras oito psicólogas

representam o apoio como um local para discutir casos e outras questões da equipe, inclusive de relacionamento. Embora seja difícil trabalhar com tais questões, os graus de envolvimento e permeabilidade para lidar com essas “outras questões” varia de acordo com cada profissional e a equipe matriciada por ele. Na verdade, esse é um processo em construção para todos, mas que, em alguns locais, já mostra um amadurecimento maior e apresenta como resultados algumas experiências interessantes.

A visão de que o papel do apoio seja o de discutir casos é bem expresso por algumas das entrevistadas, sendo importante salientar que ter um espaço e escuta para isso, já não é pouco...

O que é esse matriciamento? São pessoas de várias profissões e que a mental vai colocar sua opinião em relação ao caso, e só vem pra gente atualmente, os casos específicos da nossa área. Outros que podem ser tratados por aquele profissional, a gente orienta e o profissional fica com eles. Com isso, essa equipe de referência do PAIDÉIA, a gente está tomando conta do caso que seria do colega... O caso é de todos... Todos os profissionais opinam, não vejo só a minha área de mental. Eu também tenho a oportunidade de conhecer o que está acontecendo no todo. O objetivo do projeto é que nós conhecêssemos aquela região, aquela população. Nós estamos começando agora... (E 13)

Uma das entrevistadas compreende o apoio como o espaço para discutir casos, considerando haver uma perda para o espaço das psicoterapias...

Os generalistas encaminham, a gente discute casos, mas tem casos que tem que atender. Que é uma demanda para psicoterapia, para um tratamento, isso que eu vinha fazendo já durante alguns anos, que era possível. Com a mudança do nosso modelo ficou mais difícil isso. Então quer dizer, eu participo de reuniões, que faço de duas equipes de referência, então semanalmente eu tenho uma reunião de cada equipe. (E 14)

Uma das psicólogas aponta em sua fala para a construção de práticas coletivas, mas ainda sem muito envolvimento com a equipe como um todo, parecendo estar num processo inicial de apropriação...

... Mas está sendo bom porque a gente leva caso, discute, fizemos um trabalho coletivo, um projeto terapêutico coletivo legal que está sendo implementado (...) É sobre os acamados. Eu não sei falar pra você o nome certinho (...) é sobre as visitas domiciliares aos pacientes, doentes que não conseguem chegar até o posto, mas aí a gente fez disso um projeto também quando acabou a capacitação e a coisa foi crescendo (...) Eu não fiz nenhuma visita não. Assim, até teve um caso que eu iria visitar, mas eu acho que o médico foi... Não lembro, agente de saúde... Assim, eu não fiz... Se for o caso, dependendo das circunstâncias, se for necessário eles até chamam a gente pra ir, mas até agora não fui em nenhum. Quem está indo é a enfermeira, o médico da equipe, auxiliar e os agentes. (E 8)

Outra conta sobre uma experiência que não deu certo, pois o apoio consistia em ir buscar os casos, o que não leva a apropriação pela equipe dos casos, resistindo dessa forma, a lógica de encaminhamentos para a Saúde Mental.

Na verdade só o generalista que estava participando, às vezes a pediatra, às vezes alguma enfermeira participava, mas aí não era uma reunião da equipe, era só pra discutir caso, não estava dando muito certo... (E 3)

A função de discutir os casos e capacitar os outros profissionais para a clínica psi, tem um lado positivo, mas assume por outro um caráter de supervisão feita por um especialista...

E hoje, é assim, eu tenho uns retornos que me deixam muito satisfeita, pediatra que na época falava assim: 'não, isso não é minha função, eu não vou fazer dessa forma, tenho mais coisas...' Nossa tem trazido, assim, dados tão completos que está pronto o diagnóstico que a gente vai fechar... Foi um processo que eles não poderiam ter o sentimento, a impressão de que a gente não queria fazer e os estava alugando para fazer, mas foi assim, uma

compreensão mútua de entendimento através das reflexões em conjunto, pra perceber assim, que quanto mais completo o caso, o paciente já ia para um lugar definido, não precisava passar por um monte de gente, pra chegar numa conclusão e que já ia tão definido, que podia chegar a mim se precisasse de tratamento, mas já ia direto e não precisava, assim, avaliar tudo de novo, pra dizer não é aqui é em outro lugar. Então, pro paciente melhora e melhora o vínculo, se não precisava de tratamento o próprio pediatra ficava o centro, o vínculo dessa família, desse paciente, aonde ele é muito mais ouvido e que ele não invadiu muito do tratamento, então pra ele também foi prazeroso essa mudança. (E 2)

Quando questionada sobre como estava acontecendo o apoio matricial, outra psi, dá uma das respostas que revela a dimensão de supervisor representada em sua fala...

Dentro das reuniões, e nessas circunstâncias assim que a equipe vem aqui, com alguma coisa emergente (...) Paciente está lá esperando e às vezes ele vem aqui bater na porta para tentar entender um pouco mais. Na maioria das vezes é para buscar um horário para encaminhamento. Para agendar um paciente que está lá no consultório aguardando. Aí uso esse horário, esse tempo que a pessoa vem aqui para tentar reverter um pouco o jeito dela pensar, se ela mesma pode refletir um pouco mais sobre aquela situação! E dou alguns elementos para ela pensar sobre aquilo (...), mas buscam mais o apoio matricial sem ter a consciência de que está buscando isso desse jeito, do que no horário das reuniões. Nas reuniões as pessoas não vem buscar a possibilidade de refletir que a Saúde Mental tem, querem encaminhar caso... (E 5)

Este é um processo em construção/desconstrução, portanto difícil de ser feito, sobre isso...

Eu participo de uma reunião com minha equipe que é minha equipe de referência, que é a equipe Y. Esse apoio matricial está ainda em discussão, está sendo descoberto na nossa unidade. Não está assim uma coisa 'clean', não está. Está sendo construído, está em processo de construção. (E 11)

Uma das funções do apoio matricial seria o de desmistificar o paciente da Saúde Mental...

Bom aquilo que a gente faz é mais ou menos o que a diretriz diz, que seria o caso estar sendo assumido pela equipe e o profissional de saúde mental fazer parte do acompanhamento, não é o paciente mais da saúde mental... A gente tenta colocar um pouco essa idéia... (E 1)

O apoio matricial como espaço de discussão de casos e outras questões da equipe aparece nessa fala...

Temos reunião de equipe, onde a saúde mental matricia o trabalho dos outros profissionais da equipe trazendo uma visão de mental para os casos. Então tem as discussões de casos, discussões da equipe mesmo, e a saúde mental sempre colocando a visão da mental e fazendo essa discussão junto deles (...) E para outras questões da equipe. Isso extrapola. Nem sempre é só para o caso. Às vezes são relações internas mesmo e que a gente tem de arrumar um jeito de lidar com isso. (E 6)

Por meio do matriciamento participar de outros projetos da equipe, construindo junto as ações de acordo com as necessidades das pessoas e o perfil do território...

Participo das reuniões de equipe, sou referência de uma equipe que eu faço matriciamento de saúde mental e assim a gente discute várias outras frentes de ação. Por exemplo, amanhã mesmo a gente vai estar numa palestra numa escola falando sobre hipertensão e diabetes, pensando já em prevenção como ação do ano que vem (...) teve a demanda para saúde mental estar falando sobre o aspecto emocional, como que isso está interferindo na saúde do paciente, aí a gente está estudando de no ano que vem estar indo nas escolas fazer um trabalho com relação a gestantes adolescentes... (E 12)

Dessa forma, o apoio matricial vem sendo construído pelas psicólogas e pode ter um caráter de auto-referência, no qual o centro da ação e do saber é o psi, como colocado a seguir...

O matriciamento auto-referente...

A visão de que o apoio matricial é um espaço, um fazer com o objetivo de discutir casos é o pano de fundo para uma atuação auto-referente do psicólogo, na qual as ações de saúde mental precisam de um psi para serem desenvolvidas, o que não invalida o que vem sendo feito, ações que levam ao crescimento de todos os profissionais envolvidos...

Olha, o matriciamento é um lugar assim que eu estou curtindo muito, porque está tendo um processo de crescimento dos próprios profissionais. No começo tinha muita resistência de aprofundar dados, era aquele negócio de queixa e conduta e vinha pras discussões queixa e conduta, então foi um processo quase que terapêutico, não digo que terapêutico, mas assim, quase, até as pessoas aceitarem essa diferença, eles terem um vínculo com você, acreditar que eu não estava lá pra criticar nenhum trabalho, acreditar que a gente estava lá pra melhorar o projeto terapêutico do paciente foi um processo que levou um tempo. (E 2)

A função de supervisor, orientador, de certa forma impede o estabelecimento de outras ações; supervisão para aprimorar o caso, para atenção da mental, o que não desmerece o valor da ação, mas é necessário partir para algo além, ou torna-se impossível reverter a demanda, criar outros projetos, pois tudo dependerá da ação do profissional psicólogo...

... De eles trazerem com prazer a história e se divertirem com a história, nossa, mandou fazer até desenho, nunca orientei a fazer desenho, mas acho que nas discussões, nas reflexões de desenho, que mandou fazer um desenho, você precisa ver quantos dados ricos que foram colhidos no desenho, e ele mesmo percebeu, outra percebe e outra percebe e você fecha a questão... (E 2)

Freqüentemente, as psicólogas parecem ter a percepção de que deveriam ganhar a mais para fazer isso, não havendo uma compreensão de que esse seria um papel do psi, participar de reuniões, compor junto, como a de qualquer outro profissional...

... E você não ganha nada por isso a mais, muito pelo contrário, nem diminuí seu horário de atendimento aqui, enquanto que os generalistas não têm essa complexidade de trabalhar a postura de outros profissionais, do atendimento de outros profissionais, de projetos terapêuticos em conjunto, a única função que ele tem a mais é de fazer a visita na família, de atender lá, pra isso ele ganha não sei quanto a mais, até do médico comum... (E 2)

Parece haver uma visão de que a equipe de referência tem que assumir os “casos da mental” porque são poucos os profissionais psi, isso representa o matriciamento auto-referente pois, na verdade, uma das idéias de matriciar é compor com a equipe, auxiliando a ampliação da clínica do outro, que ganha com o olhar dos psi...

É pediram ajuda e eu pretendo participar, pelo menos na organização, então assim, de um modo geral as pessoas estão entendendo a necessidade, de que é pouco mesmo, que a gente não dá conta, é um ou outro que não consegue perceber isso, mas aqui estão começando agora a assumir melhor os casos da saúde mental, mas antes não, aqui demorou mais, então é isso... (E 3)

A sensação de sobrecarga entre as profissionais aparece expressa na idéia de que o matriciamento é uma função a mais, que não consegue reverter o fluxo e a demanda, sendo realmente impossível, quando o centro de todas as ações tem que ser o psi...

Agora eu estou fazendo isso meio sozinha, mas, confiando um pouco já na avaliação da Saúde da Família, já passou com pediatra, eu já tive um retorno da equipe de que são casos leves, que é mais a questão escolar e então estou fazendo uma avaliação com essas crianças (...) isso surgiu dessa equipe, que é dessa escola que, de uma maneira geral, tem encaminhado maior número de crianças, e aí a gente resolveu fazer esses dois grupos pra dar uma avaliada, pra depois poder devolver alguma coisa pra escola, a gente fez uma visita na escola, conversamos com os professores, então é esse grupo que eu estou avaliando... (E 3)

Existe uma insegurança do profissional psi em relação à capacidade das equipes de avaliarem os casos, sendo, portanto necessário que eles reavaliem os casos, ou os avaliem diretamente. Esse processo é natural, as pessoas não estão preparadas, a auto-referência é representada pela dificuldade em capacitar as pessoas, construir junto, avaliar com os outros, então, torna-se realmente uma sobrecarga...

No comecinho que o pessoal mostrava interesse, eu até cheguei a fazer atendimento junto, com a auxiliar... Mas depois a rotina vai atropelando e daí eu faço o atendimento, mas no começo era para passar algumas dicas que elas podem estar tendo nos casos enrolados (...) Mas é essa demanda que chega que, muitas vezes, por medo de ter passado despercebido alguma coisa eu prefiro dar uma avaliada. Já aconteceu assim, você vê que a pessoa tem uma boa vontade de fazer o acolhimento, dá uma impressão de que não é nada e você vai avaliar é. Isso eu sinto que é muito subjetivo... Já aconteceu, é só uma dificuldade de aprendizagem, mas não era.
(E 1)

O espaço de acolhimento, da pessoa poder ser ouvida continua sendo entendida como função da saúde mental, da psicologia, isso evidencia o trabalho auto-referente que não consegue reverter demanda, por isso um sujeito que necessita falar por estar angustiado fica na lista de espera da psicologia...

Mas a maioria que vem precisariam. Mesmo que seja um atendimento rápido para dar uma avaliada melhor, e às vezes nem isso eu posso dar. Às vezes vem uma criança com uma queixa, eu sinto que eu deveria fazer uns dois, três atendimentos, tirar um histórico, mas às vezes não tem vaga para fazer isso. Então entra para lista. E agora tem casos que a gente manda para a psiquiatria, pro Lian Gong, nas a maioria que vem, vem às vezes necessitando falar, angustiado. Então fica mesmo na lista. (E 8)

A avaliação de que o projeto é bom, mas que aumenta o trabalho também está presente no texto dessa outra psicóloga...

É muito bom, eu achei interessante. Só que é muita coisa para a gente fazer. Uma pessoa só, por exemplo, cuidar de duas equipes, eu acho que isso é bastante coisa. Você acaba não tendo muito tempo para discutir, por exemplo, com os generalistas ou com o pediatra da equipe, ou com a enfermeira... Precisa muito tempo para discutir os casos, que a reunião é uma vez por semana. As equipes têm uma população muito grande de abrangência. Eu acho que o tempo que a gente tem para essa discussão é pequeno. E por causa dessa outra demanda também, porque você tem o seu atendimento individual, seu atendimento em grupo para fazer... (E 14)

Um outro ponto que dificulta o apoio matricial é o fato de alguns projetos que surgem serem auto-referentes e partirem da necessidade do profissional em função de seus horários e possibilidades, mas sem nenhuma ressonância com o desejo das pessoas que seriam as “beneficiadas” pelo projeto...

Eu sai da capacitação cheia de amor pra dar, coitada das mães, depois eu fiquei pensando, comecei a me colocar no lugar delas, sai de manhãzinha, deixa criança na creche, vão trabalhar, a maioria é empregada doméstica, voltam cansada, doída pra chegar em casa, aí vai ter que ficar lá ouvindo psicóloga falar, sabe? Aí eu falei pra mim, ah esquece, se elas precisarem elas vão, a hora em que eu pensei nelas, no horário quatro da tarde, que era o horário que eu tinha, elas têm que ir pra casa, cuidar da casa, fazer janta, lavar roupa, cuidar das crianças... Falei deixa, aí a mágoa passou, se precisar elas me procuram... (E 4)

Quanto menos a profissional sai do atendimento em consultório, mais difícil para que os projetos aconteçam, pois as possibilidades de convivência e construção com a equipe diminuem, continuando no nível do interesse pessoal dos envolvidos...

O que aconteceu é que agora existem espaços oficiais para isso. Antes não existia, a gente fazia isso como uma busca pessoal. Por mim mesma, independente de um horário marcado para isso! A

gente tem uma reunião, uma fala, a saúde mental também discute casos pode ajudar de outro jeito. Essa fala não existia oficialmente antes, então era mais difícil. Acho que é essa a diferença, embora o espaço oficial não signifique que isso ocorra, que as pessoas tem disponibilidade para vivenciar isso! É isso, acho que é essa a única diferença. (E 5)

Se o apoio matricial fosse apenas discutir casos, ele realmente poderia ser feito em qualquer lugar; as discussões, os ruídos, aparecem em qualquer lugar, são espaços que devem ser aproveitados, mas matriciar é mais que isso, embora seja entendido assim...

O projeto Paidéia pra mim não mudou nada, porque tudo que fazia antes continuo fazendo! Não mudou nada, nada, nada! Até a questão da matriciação era uma coisa que não fazia em reunião específica, porque não tinha esse espaço para reunião, mas era feito o tempo todo nos corredores, o pessoal procurando. Acho que isso é a gente que facilita ou não. É o perfil do profissional! Nós temos profissionais que correspondem a isso, temos outros que não! Para mim não mudou! (E 6)

Sair do consultório aumenta a possibilidade de trocas, permite um maior contato com o território, o que auxilia no apoio matricial; quanto mais para dentro for a ação do “psi”, mais auto-referente o matriciamento...

... Intersetorialidade, grupos de, não sei bem qual é o nome que eles dão para essa reunião. É uma reunião mensal que vem profissional das creches, das escolas, da quadra de esportes, do outro CS vem agente de saúde, então é uma vez por mês essa reunião com esse intuito mesmo de se falar o que se tem, alguns casos já também se delibera pra onde manda, discutem lá. Então a TO está mais, acho que não é bem um trabalho de atenção primária, mas ela acaba ficando mais em contato com a comunidade do que eu... (E 8)

O matriciamento auto-referente se dá a partir da dificuldade da psicóloga de sair do lugar identificado por ela e por outros como seu núcleo, ficando na posição de um “estrangeiro” que necessita ser convidado para participar das ações, não está com a equipe no processo, vai à margem e participa quando solicitado...

Os cuidadores são pessoas que são da nossa área de cobertura e que cuidam de pessoas acamadas ou demenciadas. E aí, tirando uma semana de orientação que aí vem a parte emocional, então é assim. Alguns projetos que se montam aqui dentro do Centro de Saúde que eles acham que é importante a participação do psicólogo, eu sou convidada para participar. Aí eu participo. (E 11)

A permanência do profissional no seu núcleo de “especialista” é explicitada pela afirmação de que a única mudança com a implantação do projeto é o fato de existirem espaços de reunião de equipe...

Então no meu atendimento já não, mas é mais isso da gente discutir, isso mudou, mas muita coisa eu escutei de colegas, bem desagradável disso, das pessoas não quererem... As pessoas não aceitam bem essa idéia de assumirem os casos... Não querem, falam que estão empurrando tudo para a enfermagem agora... E você, que é uma especialidade está querendo passar isso para a gente que não sabe fazer... (E 15)

A importância da participação da Saúde Mental nas equipes de referência é expressa através do texto da mesma psicóloga, que deveria ter o papel de “contaminar” as outras pessoas, contribuir para a reflexão, aprender junto, mas isso só é possível a partir da participação real nas equipes de referência...

É engraçado que quando começaram a falar do Paidéia a gente pensou ‘mas isso a gente já faz...’ De saber o nome, são coisas tão básicas para a gente da Mental, porque eu não consigo pensar que eu estou atendendo uma pessoa que eu não sei nem o nome, e às vezes até sei o FF, a data de nascimento... Mas assim, quando começaram aquelas discussões sobre o projeto, a gente pensava é tão básico, e as pessoas não fazem... (E 15)

O tipo de matriciamento auto-referente pode levar a uma série de dificuldades no dia-a-dia, que levam ao cerceamento do trabalho e ao sentimento de impotência e frustração...

O cerceamento no cotidiano...

A falta de organização das equipes é apontada como um fator de cerceamento ao trabalho das psicólogas, sendo esta uma questão que envolve inclusive a capacidade do gestor local de muitas vezes conseguir que as equipes se reúnam. Em alguns casos, existe uma falta de respeito pelo profissionalismo dos trabalhadores da Saúde Mental...

Porque até um tempinho a equipe não se reunia, então como é que faz um trabalho em equipe se não se reúne pra conversar, não tinha nem reunião de equipe aqui dentro, era complicado... A gente chegou a reservar horário, fechar agenda e chegar na hora às pessoas dizerem 'Ah! Hoje não vai dar por causa disso...' ou 'Mudamos pra tal horário' e não avisavam a gente, muito complicado o processo aqui dentro, teve época que eu fiquei mais cheia, mais irritada, mais brava, queria sair daqui, aí eu falei vou desenganar, fazer o meu trabalho, fazer o que é possível. (E 3)

A desorganização, de certa forma, representa uma resistência ao projeto como salientado por uma das entrevistadas...

Do pessoal, você sabe que toda inovação tem uma resistência, então, até uma pessoa se integrar, até que vá numa reunião, ter que falar uma coisa que ela não tem, esse 'voltar-se para' demora um pouquinho. Acho que nós já evoluímos muito. (E 13)

Existe uma grande dificuldade de que as pessoas compreendam que na reversão da assistência é necessário mudar o paradigma, não é possível atender sobre a hegemonia do modelo de "consulta" e achar que vai melhorar o acolhimento. Assim, em alguns locais, existe uma pactuação entre o profissional da mental e o restante da equipe que afirmam a um só coro que acolher paciente da mental é impossível porque "não dá tempo", ora o tempo então é insuficiente para todos... Este é um fator de cerceamento e resistência ao projeto instituinte.

Os médicos e outros profissionais reclamam que eles não têm tempo para estar ficando com esse paciente, estar ouvindo toda a história, ou mesmo tempo para poder dar uma orientação na hora. Eles têm que ser muito rápidos, eles têm que atender parece que três

pacientes por hora, fora os casos que chegam na urgência e eles têm que parar. Então, nessa parte a gente sente um pouco de dificuldade, porque acaba vindo pra gente mesmo, é difícil quando a gente volta: vocês conversaram, que outras coisas poderiam estar sendo feitas. Eles falam: 'Ah, mas a gente não tem tempo de fazer isso!' E, realmente, não tem... (E 12)

A resistência também aparece quando os profissionais da mental, no caso as psicólogas, organizam projetos que poderiam servir de capacitação para os profissionais, na atenção aos pacientes da mental. Essa resistência é um cerceamento ao trabalho delas e um obstáculo ao desenvolvimento do projeto.

Quando começou o Saúde da Família, a gente convidou as pessoas pra participarem desse grupo, porque apesar de ser uma coisa assim pesada e pros pacientes ser uma coisa difícil de, assim logo de cara se exporem em grupo, era muito rico, porque no grupo mesmo ficava muito claro quem era um caso leve, eles mesmo percebiam, 'ah, meu problema dá pra esperar', quem era mais desestruturado, que era o caso mais grave, né? Era muito rico, mas a gente assim... Convidamos, convidamos as outras pessoas, e acho que foram duas pessoas durante todo esse período (...) Fizemos também uma proposta de discussão de temas com as auxiliares de enfermagem, já que uma vez que essas pessoas vão estar assumindo, esses pacientes já estão aí, pra discutir um pouco o que é depressão, o que é uma esquizofrenia, falar minimante sobre isso... As pessoas se sentiam obrigadas a ir, ficavam reclamando 'ai, essas coisas da mental... (E 3)

Como as dificuldades são muitas, em alguns lugares, as pessoas acabam se voltando cada um para seu fazer cotidiano, isolando-se e isolando os outros. Para a mental, esse é um fator de cerceamento, pois o nosso fazer depende de rede, do estar junto, da co-responsabilização. Interessante que o texto dessa profissional dá a impressão de que seu trabalho não tem sido importante para o projeto, mas é a mesma profissional que toca grupos de Lian Gong, que se transformaram em outros grupos e toca a capacitação dos agentes de saúde, ou seja, é uma pessoa bastante envolvida com o projeto...

Chorou, vai pra psicologia, a criança, problema de comportamento, qualquer que seja, que o pediatra talvez desse conta, vai pra psicologia, escola, vai direto pra psicologia, ninguém nem toma conhecimento, Conselho, vai direto pra psicologia e ninguém nem quer saber do que se trata, e então algumas coisas assim... Participação é pra você, então a gente fica meio sozinho. Então, não sei, acho que as equipes ainda não se formaram enquanto equipe mesmo pra poder tocar... Acho que ainda cada um quer dar conta de cuidar do seu. Tem a questão da demanda que é grande mesmo por ser específico, então não sei. Não sinto que matricio muito não, eu sei que eu atendo e discuto alguns casos só. Não sinto que eu matricio ninguém não. Essa é a minha sensação. (E 9)

A mesma entrevistada afirma haver um descompasso entre a preparação dos agentes de saúde e o restante da equipe, o que leva ao sofrimento do agente que tem uma “visão ampliada” das questões e acaba batendo de frente com profissionais que não correspondem/valorizam essa visão.

... A demanda aumentou bastante com o PAIDÉIA, com a saída dos agentes que trazem a demanda. Como estou muito próxima deles, eu vejo o sofrimento deles também, que eles fizeram uma capacitação que deu uma visão ampliada, só que o profissional que esta aqui continua com visão estreita, muitas vezes... Não é estreita, é a visão que ele vinha trabalhando, quem está há dez, vinte, trinta anos tava naquele modelo e pronto. Então dá uma diferença grande, eles trazem uma demanda que não é ouvida. As pessoas não estão num mesmo ritmo, isso foi uma crítica que eu sempre fiz quando começou a capacitação, que precisaria um profissional também, ter mais essa capacitação pra nos guiar, pra poder dar respostas, senão eles vêm com um monte de coisas e sempre voltam sem nada. (E 9)

Duas das entrevistadas afirmam ser mais difícil fazer o apoio matricial no seu CS de origem, do que matriciar equipes de CS que não têm história de equipes mínimas de Saúde Mental. Isto representa bem a força do modelo instituído, o jeito que se fazia e a resistência das pessoas em mudar esse jeito...

Uma delas afirma ser mais difícil mudar o processo interno de encaminhamentos para a Saúde Mental, processo que tem relação com dificuldade na gestão e que agora, com novo coordenador, parece estar melhorando...

Aqui de dentro era mais fácil eles mandarem direto, ninguém queria parar pra discutir e de fora acho que entrou melhor essa questão, assumiram os casos, faziam uma entrevista, uma anamnese, e aqui de dentro não, vinha cartinha, e só começou a mudar quando a gente praticamente fechou a porta: 'não recebemos mais com papelzinho', aí que eles começaram a se mobilizar (...) as pessoas não se apropriavam, vinha papelzinho, principalmente da pediatria, estava muito difícil... De vim papelzinho só... 'Ah! Eu não sei o que fazer, não sei o que tentar' estava bem complicado, agora esta começando a melhorar... Está no começo, vamos ver... (E 3)

Dessa forma parece mais simples instituir o novo em lugares que não conheciam a prática antiga: de encaminhar direto, de não discutir, de não co-responsabilizar...

Mesmo porque, pelo fato da gente já trabalhar aqui e ser colega de trabalho, ficou muito complicada essa relação, dificultou... Diferente do outro CS, porque lá não tinha Mental... Então lá o matriciamento ficou muito mais fluido, mais fácil, talvez porque eles nunca tinham um profissional para contar lá, então eles tiveram muito mais autonomia, de vir a generalizar uma orientação que a gente passou de um caso para outro, e ter autonomia de não deixar gente esperando, então lá foi muito mais tranquilo do que aqui, aqui ficou muito persecutório... (E 1)

Os mitos em relação aos trabalhadores e pacientes da Saúde Mental, são fatores de cerceamento à capacidade de desenvolver o apoio matricial. Ainda permeiam as relações, a visão de que o psi é um “mágico” e um especialista com papel muito bem definido, sem haver uma permeação de campo da mental, mas apenas dos papéis nucleares de cada um, esta seria uma das funções esperadas do matriciador que ele conseguisse dissolver essas diferenças e expectativas na relação de construção das ações conjuntas, o

que se torna muito difícil quando ele assume o papel de supervisor no apoio matricial. Isso o recoloca na posição de especialista, que pode até ter alguma vara de condão...

Não, eles escolhem... É bem claro isso. Terapia ocupacional é quando eles estão pensando numa atividade pra pessoa, ou estão esperando que a TO faça alguma atividade em grupo. Psiquiatria é a medicação, para tomar remédio e fazer diagnóstico. E a gente é tudo que não é! Cabe tudo aí, falta de assistente social, problemas pessoais, problemas da equipe, dívidas existenciais das pessoas, pacientes que irritam os técnicos, uma mistura né! Junta um monte de coisas...(E 5)

A visão cerceadora de que o psicólogo é mágico, pode ser aproveitada para transformação, ou como se discutiu há pouco para reforçá-la...

Eles chamam por que acham que psicólogo tem aquela varinha de condão que vai resolver todos os problemas. Os pais das crianças também acham isso, então é uma oportunidade para trabalhar com essas coisas. (E 11)

Outro fator que serve de cerceamento ao apoio matricial é a dificuldade da equipe em entender o papel desse profissional nas reuniões, uma dificuldade do início que, em alguns locais, ainda existe...

No começo ficou até meio persecutório, assim, o profissional de Saúde Mental no matriciamento, como se a gente fosse meio fiscal, entendeu? Então o pessoal, às vezes... Se vai interpretar... Ficou um mal-estar assim... Tanto porque tem isso mesmo com o profissional psicólogo vai analisar, então ficou um clima ruim, um clima tenso. A ponto de no começo alguns profissionais pedirem pra gente sair, que lá não era espaço pra discutir caso de Saúde Mental, que ia expor o paciente, que as auxiliares não tinham como acompanhar a discussão, que ia ficar antiético... Teve todos os argumentos pra não entrar na discussão... Então isso tem muitas historinhas assim...(E 1)

A dificuldade, segundo a mesma entrevistada, também era dela em se colocar nesse lugar, o que fazer e como fazer, que com o tempo e construção mostra resultados...

E eu acho assim esse desconforto não acredito que foi só da parte deles, no começo foi um desconforto nosso também, que figura é essa? Que papel é esse? Então a gente sentia toda essa dificuldade de estar no grupo, foi difícil, mas hoje está caminhando (risos), estamos no processo (risos), mas assim teve frutos, o gostoso tem resultado... (E 1)

Existe mesmo uma dificuldade na própria relação, no estar junto, já que o modelo instituinte prevê a reversão da lógica do cada um por si e incentiva a coletivização de idéias e ações...

... É interessante, então eu tenho colocado, gente, a minha sensação é isso, a primeira fase que a gente não estava trabalhando lá no Módulo, assim, aquela fase, tudo tão bonito, ah, porque a gente fez a capacitação, era uma fase de namoro, todo mundo era tão legal, daí quando começou a funcionar, todo mundo trabalhando todos os dias lá junto, foi a fase de morar junto, daí era cada briga que saía, desorganização, teve uma época que eu falava, não dá, não vai ser possível, eu não agüento (risos), agora está numa fase que parece um casal adaptado, está mais adaptado assim... Já está mais organizado. (E 10)

Em alguns lugares ainda está complicada a compreensão dos papéis e funções de cada um, havendo resistência por parte dos profissionais em aceitar o apoio matricial, em reverter a lógica dos encaminhamentos diretamente para a saúde mental, de tudo o que é “complicado e difícil”. Apesar disso alguns profissionais já têm conseguido aceitar melhor esse processo...

Bom, está tudo complicado ainda, mas é assim, acho que é como um processo de educação. Tem gente que faz legal, tem gente que não quer. Eu fiz um roteirinho, isso já antes de eu sair de licença, o ano passado, que foi passado para todas as equipes. E todo mundo que fizesse o acolhimento deveria seguir esse roteiro. É tipo uma anamnese... Bom, alguns pontos para eles observarem antes de

passar os casos em equipe. Mas é assim tem gente que não quer, que se recusa, que deixa a ficha aqui. Tem gente que acha que a gente quer instrumentalizar eles para psicoterapia, que não é mesmo o caso. Mas tem gente que entende super-bem. Então tem de tudo mesmo. (E 15)

Apesar da entrevistada “instrumentalizar” os profissionais para ouvirem a queixa, a demanda dos pacientes, ainda existe a resistência, que em parte tem uma relação com a dificuldade mesma de entrar em contato com o sofrimento do outro, sendo este um processo de construção cheio de dificuldades...

Isso é para orientar mesmo, porque acaba caindo na mental alguma coisa que não é. E o que eu sinto às vezes é assim, a falta de paciência das pessoas, porque se você escutar um pouquinho o paciente, você entende o que ele quer e não é nem a terapia. (E 15)

Outro fator de cerceamento para a efetivação do apoio matricial é a não compreensão dos profissionais da mental desse novo papel, que não é só discutir casos e direcionar fluxos, numa lógica do modelo instituído da APS, onde cada caso pertence a um tipo de serviço e o usuário deve se encaixar nas ofertas desses serviços. No modelo instituinte, o serviço junto com o usuário e quantos parceiros puder compor devem pensar em alternativas para um PTS de acordo com a necessidade da pessoa...

Não só dos meus, que outros profissionais também levam. E daí muitas vezes eles pedem minha opinião. Mesmo que eles não peçam, só da gente estar discutindo cada um já vai dando sua opinião. Então tem casos que vem pra gente da Saúde Mental, tem casos que a gente encaminha para outros lugares (...) Muitas vezes a gente oferece as coisas que a gente faz aqui, os grupos que a gente faz na Saúde Mental, cada caso é um serviço. (E 8)

Em alguns lugares em função de horário e de outros fatores de organização da própria equipe ou CS, o psi não tem participado das reuniões de equipe, sendo este um fator de cerceamento absoluto, pois não consegue assim fazer o apoio matricial, sendo um mero receptor de casos pelo corredor ou de guias de referência e contra-referência.

Eu sou responsável por matricular duas equipes. A equipe X e Y. Então eu fico aqui na X e de quarta-feira eu fico no módulo o dia todo. Eu participo da reunião lá do módulo, da reunião daqui eu não participo. E daí, é assim, discute casos junto, na reunião da equipe, eu sou um membro da equipe como outro qualquer (...) Eu participo muito mais da vida aqui dessa equipe, então qualquer problema que tem eu estou aqui direto. Eu não participo da reunião só porque coincidia no dia, que eu estou lá e é a reunião aqui (...) tem diferenças entre equipes. Tem a equipe que eu acho que assume mais, eu acho que depende da coesão da equipe, do clínico, dos agentes, então por exemplo, a equipe Y (do módulo) eu sinto que talvez esteja mais engrenada (...) Então tem equipe que assume mais os casos, traz pra gente discutir, mesmo assim vai junto fazer visita, eu estou lá uma vez por semana, e se eu deixar uma visita por fazer ou ligar pra fazer um agendamento, eles tranqüilamente fazem. Já na X, por eu não participar tanto da reunião de equipe, eu sinto que vem muito encaminhamento... (E 9)

A sobrecarga de trabalho, o excesso de funções é representado como fator de dificuldade ao aprimoramento do apoio matricial e da própria assistência. Estes ocorrem, em parte, pelo fato do psi centralizar em si mesmo as ações e projetos pertinentes à saúde mental, tendo uma dificuldade no cotidiano em dividir saberes e funções, por outro lado, os profissionais das equipes nem sempre querem dividir as funções e os saberes, o cerceamento ocorre então, pela falta de parceria e solidariedade...

Porque função de matriciador não é ir só lá e discutir os casos, ficar lá duas horas discutindo os casos quinzenalmente, não, aí te pedem pra falar sobre limites, você vai ter que preparar material, tem um monte de questões, você tem que realmente, fazer esses projetos terapêuticos em conjunto, até nos equipamentos sociais, essa seria uma proposta, você tem uma demanda de tempo, só que você não tem essa demanda de tempo, você acumula muito mais funções e continua atendendo a mesma quantidade que você atendia antes... (E 2)

A sobrecarga em alguns lugares ocorre em função do baixo número de profissionais em relação ao número de equipes de referência, embora existam lugares, com a mesma característica, que se organizaram de forma diferente e esse processo esteja sendo distinto. Assim, aliam-se dois fatores, pouco profissionais e a organização do processo de trabalho...

Somos em quatro profissionais pra onze equipes, então tem equipe que a gente ainda está se organizando pra conseguir fazer, tem uma equipe que é o psicólogo do Caps que faz, mas a gente ainda não conseguiu organizar direito, porque ele vem fazer o apoio matricial, mas ele não vem pra reunião, então essa passagem do apoio pra quem precisa do atendimento, a gente ainda não conseguiu fazer isso fluir (...) O que eu acho que a gente ainda não faz é esse trabalho em conjunto, isso a gente ainda não consegue fazer... Essa coisa de pensar projeto terapêutico conjunto com a equipe, a gente ainda não faz assim, não tem conseguido nada muito diferente... (E 3)

Existe um “desconforto” do psi nesse papel, uma insegurança em relação à capacidade dos outros profissionais de conseguirem avaliar risco e vulnerabilidade, que só pode ser superada com a construção conjunta de estratégias que levem à qualificação profissional. De certa forma, parece existir uma tendência de algumas profissionais de assumirem para si, isoladamente, a responsabilidade pelas avaliações, ficando sobrecarregadas em função disso. Talvez seja mais simples, fazer só do que fazer com, já que não é desejo unânime das pessoas assumirem “mais” essa função...

Depois dessa reformulação, desse programa novo, eu sinto que a solicitação para avaliação é muito grande, sabe, terapia de sessão única, a equipe às vezes, pega um caso, às vezes mesmo que eles tenham interesse de estar colhendo informações e’is não conseguem passar a gravidade do caso... Então eu tenho muita avaliação tanto do infantil como de adulto, às vezes até para devolver, olha não há necessidade, ou dá para estar oferecendo uma atividade fora, então eu estou tendo muito caso novo, assim, para avaliar... Que às vezes nem vai estar precisando de um programa, então hoje eu tenho que estar mais individual por conta disso, mas não para atendimento e sim para avaliação (...) Então o matriciamento é desconfortável

nesse sentido, você acaba comendo bola... Então eu tenho um cuidado nesse sentido, é estratégico, então um caso que eu matriciava uma vez que um colega trouxe, eu pensei deixa eu dar uma olhada, vai... E daí era uma coisa grave, e nisso vai agenda... Porque se acontece isso, uma vez, você vai ter muito mais cuidado nos outros casos, se vai dar para dar só uma orientação do tipo procura o Centro de Convivência... Isso eu sinto que é difícil... (E 1)

Um outro fator cerceador é a dificuldade das psicólogas em encontrar parceiros dispostos à co-responsabilização de fato. Como todas as outras, essa questão também envolve uma via de duas mãos, na qual de um lado os profissionais têm que ter disponibilidade para assumir mais os casos, e de outro, a psi deve também levar para o apoio matricial os casos mais difíceis. Não discutir significa que os PTs não estão sendo elaborados, dessa forma não há reversão da demanda e nem ampliação da clínica...

Não, até porque muitos casos já estavam comigo há um tempo, quando foi implantado o Saúde da Família, tem caso que já estava comigo e que continua e que a equipe não assumiu. E os casos que eu falo que são graves, a maioria é uma desestrutura familiar, não é só a gravidade do problema da criança ou do adolescente, tem uma gravidade no sentido familiar e isso a gente não consegue às vezes trabalhar... (E 3)

A co-responsabilização faz parte do processo de transformação do modelo tecno-assistencial, que necessita de persistência por parte das psicólogas...

Mas é tipo um boicote. Então, é educação mesmo, você tem que ficar contratando a toda hora para você conseguir mudar... (E 15)

Nesse processo existem diferenças entre as equipes, que podem estar associadas ao processo de matriciamento e a características pessoais...

Mas, interessante para você ver como cada grupo é um grupo. Então tem uma equipe que quer mesmo é jogar e pronto. 'Não vou esperar para a reunião porque você vai ter que agendar mesmo, você que vai ter que ver mesmo'. Então são pessoas que se recusam até mesmo a fazer o mínimo. Eu falo que é um roteiro, você não precisa seguir, ele é grande, mas pega o básico dele... (E 15)

Dessa forma os “casos da mental” continuam com a mental, sendo um cerceador do modelo instituinte que se quer instituído, dependendo de uma mudança cultural que passa pela reorganização do processo de trabalho de todos os atores envolvidos, inclusive os próprios gestores que, muitas vezes, têm dificuldade em compreender e aceitar a nova proposta da Saúde Mental para o município.

Mas o que mata mesmo é quando ele deixa na porta e pronto, o paciente é seu e pronto. Não é bem por aí (...) Mas isso assim de dividir, de entender, das pessoas verem que o caso não é só meu... (E 15)

As parcerias ainda acontecem apenas entre os profissionais da mental, sendo difícil construir a integralidade da atenção no CS como um todo...

...Mas com o Centro de Saúde como um todo não tem nada integral... (E 3)

Só que tem profissionais na equipe que não aceitam isso, e é mais a pediatria, então os casos acabam passando mais pela gente... (E 1)

Quando a Saúde Mental não reorganiza seu processo de trabalho fica difícil a reversão da demanda e do fluxo. Em alguns lugares a mudança não acontece de fato e a lógica de chegar primeiro para a mental permanece...

Se vem com encaminhamento da Saúde Mental, é marcado pra profissional da saúde mental (...) Chega o paciente para a saúde mental, com o encaminhamento, a gente vê qual a equipe que ele pertence, e marca a triagem, o caso novo que a gente fala (...) Depois é que a gente leva o caso para discussão da equipe, que se for o caso que a gente tiver alguma dúvida, se for um caso que a gente quiser discutir. Então é assim, o trâmite é este. Chega, a gente marca com o profissional responsável pela equipe, depois a gente tria, faz a primeira consulta, e aí que a gente leva. (E 8)

Assim, uma das entrevistadas afirma que a mudança é uma possibilidade desse projeto, mas que, por enquanto, tem ficado no nível da potencialidade. Ou seja, existe uma força instituinte que pode se tornar instituída, dependendo da mudança de processo de trabalho, para a transformação cultural acontecer...

...Na prática, quando as pessoas ainda não tem disponibilidade para envolvimento com essas questões que antes ficavam só para a saúde mental e que agora a gente discute com todo mundo, na prática ainda não tem diferença, embora potencialmente tenha uma diferença bem grande. Eu conto agora com uma rede de atendimentos, de pessoas disponíveis, teoricamente, para estarem ajudando e dando encaminhamento para aquele caso. Acho que existe uma diferença entre o projeto, aquele elaborado, as idéias, e a viabilização dele mesmo, bem grande! Na prática não tem feito diferença. O indivíduo ainda não está podendo assumir esse papel, não entendeu, não teve chance de pensar sobre isso. (E 5)

A lentidão do processo é identificada como um fator cerceador, já que a expectativa inicial de algumas das entrevistadas era de transformação mais rápida, o desejo é de que o processo fosse dinâmico...

Eu acho que esse projeto ele está caminhando, mas bem mais lento do que a gente gostaria e imaginava, eu acho que é mais uma cabeça, mais um corpo pensante ali naquela reunião, mas não chegou ainda sabe? Não tem aquela coisa 'Ah, vai mudar tudo, vai mudar a forma de atender', isso não teve. Porque quando eu fui capacitada pro Paidéia era 80% do que atendia não vai atender mais, vai atender só os 20% da mental, aqueles casos graves e todos os outros vão pros generalistas, pros pediatras em caso de criança, isso não funciona ou não funciona assim nos moldes ideais, digamos assim, ou do jeito que eu fui capacitada... (E 4)

Para uma delas o apoio matricial (o projeto) ainda está mais no plano da fantasia. Assim, existe a afirmação de que é bom se funcionar, quando os únicos capazes de fazer com que ele funcione são os próprios envolvidos, trabalhadores, usuários e gestores. Dessa forma, é cerceador acreditar que a solução ou culpa é apenas do outro...

...Algo que eu acho que com certeza irá melhorar o trabalho de todos profissionais, porque você conhece muito bem aquilo, então as pessoas tem que procurar menos, eles já conhecem, já sabem que o problema existe. Então eu acho que o projeto é legal, mas você sabe que tem um monte de coisa que não está funcionando, por enquanto é só 'faz-de-conta'. (E 13)

Uma das entrevistadas fala sobre a mudança proposta pelo projeto instituinte e a forma como os profissionais, inclusive da mental, resistem a reorganizar seu processo de trabalho. É difícil mexer com a hegemonia de modelos.

É difícil porque a filosofia mudou, né? Inclusive, eu estava conversando com uma auxiliar de enfermagem que estava dizendo que a nossa psiquiatra vai fazer uma reunião com os clínicos hoje. Ela também é a favor dos clínicos que não querem entrar nesse esquema, porque eles dizem, não sei se é verdadeira essa informação, que o Conselho de Medicina não aprova você tratar de um caso na pediatria, para doente mental, eles não tem condições para pegar isso. Isso pela fala dela. Ela está a favor disso. (E 13)

O cerceamento seria parte do próprio processo de transformação do modelo, para não ser mero executor, mas se apropriar do próprio trabalho...

As coisas negativas são as coisas do próprio aprendizado de cada um, porque essa questão do projeto Paidéia exige mudanças de filosofia de vida, de julgamento, é uma questão de valores, essas coisas a gente não adquire assim, são coisas que precisam ser trabalhadas, precisam ser refletidas. Por exemplo, a gente tem poucas oportunidades, ou quase nenhuma, de refletir a própria prática. Então talvez, o psicólogo pudesse fazer isso, dar esse espaço para reflexão sobre a própria prática (...) A gente não tem e acho que fazer uma prática sem reflexão é fazer buraco na água, você faz como um motor, como operário de montadora, aperta o botão, aperta o botão, aperta o botão, você nem precisa refletir sobre isso. Então acho importante isso... (E 11)

Processo de construção, um caminho a trilhar, cerceamento e a potência de poder fazer mais... As pessoas estão aprendendo e toda mudança leva tempo...

Vejo que tem coisas que seriam mesmo da educação, da assistência, que precisariam do olhar deles, ou mesmo assim, são eles que estão ali à procura de locais como esse. A gente vai e oferece... Vamos ver manejo, vamos ver rede, mas sinto assim que tem hora que entra um pouco mais na educação que não seria o caso, mas que a gente não consegue fazer essa parceria de longe, contribuindo com o olhar mas ao mesmo tempo tecendo rede junto, isso sinto que a gente ainda tem, já tem incorporado no discurso, na meta, mas que a prática, a ação do cotidiano ainda é muito nessa linha 'tome que esse caso é seu!'. Até aqui eu vou, não consigo ir mais, da batata quente que eu chamo, que todo mundo parece que tenta se livrar. Isso acho que a gente tem potência, hoje vê que é necessário fazer isso que não dá para trabalhar na saúde, seja no Centro de Saúde, CAPS, qualquer outro lugar sem estar fazendo parceria, a gente ainda não consegue. Porque ainda é um caminho a trilhar. (E 7)

Um caminho a trilhar que pode ser melhor percorrido se compartilhado com os outros, re-construção de práticas...

O matriciamento compartilhado...

Quando o matriciamento parte da lógica do compartilhar, de trocar saberes, funções e poderes, acontecem, na prática, a resolutividade dos casos e a criação de projetos alternativos. O compartilhamento abre caminho para as possibilidades na assistência e torna-se possível a partir do matriciamento auto-referente. Existem graus de variação entre os tipos de matriciamento, que fazem parte da contradição necessária para a superação do modelo, é sempre um ir e vir...

Uma das entrevistadas descreve a dificuldade em mudar o processo de trabalho, a passagem do matriciamento auto-referente para o compartilhado, no qual se concretizam as trocas e divisões de saberes e funções iniciadas a partir da auto-referência do núcleo profissional de cada uma.

Agora que eu sinto um pouco mais à vontade, de colocar mais as coisas, o pessoal me procura, mas não só pra atender, mas pra trocar uma idéia, agora que eu sinto que começa a funcionar dessa forma que foi proposta, que o pessoal começa a me procurar pra trocar uma idéia e eles resolverem certas coisas, encaminhavam tudo, porque no começo não adiantava, por mais que a gente informe, por mais que a gente esforce, faça a capacitação juntos, eu acho que a gente funciona que nem um caminho, você está acostumado com o caminho de casa, você muda de casa, quando você vê você está no caminho antigo, é automático assim, é uma forma de pensar que acho que demora um tempo pra desconstruir aquilo pra construir de uma outra forma. (E 10)

Baseados nisso surgem as trocas mais efetivas entre todos os profissionais, havendo, com a mudança do processo de trabalho uma nova forma de pensar, que por sua vez auxilia na mudança da prática cotidiana...

Então eu acho que isso também facilita essa forma mais autônoma deles trabalharem, a equipe já está funcionando mais, está conseguindo por pra funcionar certos grupos, idéias bacanas. Então eu tenho levado algumas coisas, as reuniões, por exemplo, que eu participo, as capacitações que eu faço, leio na reunião e o pessoal parece interessado. Então agora eu estou achando gostoso e parece que as pessoas estão começando a raciocinar... Demora um tempo mesmo pra mudar o raciocínio da gente. (E 10)

Por meio do compartilhamento, a mudança, a transformação pode ser sentida e representada não mais com a solidão do trabalho psi...

Para mim a diferença é a seguinte: embora eu sinta que o meu trabalho, a parte individual, já era meio pautado por essas idéias que têm hoje na nossa cartilha. O que eu vejo, a diferença é que hoje em dia eu me sinto mais parceirizada com isso, então é mais, encontro mais eco, não é em todo mundo. Então isso, essa solidão que antes tinha... Não que não encontrasse nenhum parceiro, mas era muito mais solitário esse trajeto. Então acho que também ia muitas horas de trabalho, de energia, iam nessa coisa mais, é como se fosse os 'Bandeirantes', ia muita força nesse negócio de ir

abrindo o caminho. Abrindo espaço e hoje sinto que é mais fácil. Às vezes brinco com minhas colegas de equipe, ainda bem que estou podendo descansar um pouco desse papel de puxar, ou de pedir uma olhada para além da queixa. Eu sinto que isso é uma coisa que não mais, isso sinto que mudou, encontro mais eco. (E 7)

Poder dividir com os outros alivia e melhora a qualidade da assistência, trabalho vivo, tecnologia das relações, formação de vínculo entre profissional/profissional e profissional/usuário...

...Eu fiquei assim, não me sentindo sozinha foi quando eu tive espaço pra refletir com os demais, então uma das coisas, que esse projeto de matriciamento, de equipe de referência me propiciou foi uma possibilidade de estar refletindo sobre essas coisas, que eu nunca concordei pessoalmente com o diagnóstico de queixa e conduta, aquilo me deixava muito frustrada de ver que existia dentro de uma instituição na qual você trabalha, mas você não tinha muito o que fazer, você convivia com as diferenças, hoje eu continuo convivendo com as diferenças, respeito as diferenças, mas eu posso ter um espaço de refletir, então eu acho que é um pouco menos frustrante. Eu acho que o que ampliou foi isso... (E 2)

Ao primeiro olhar parece pouco o fato de você poder compartilhar com os outros profissionais, uma das entrevistadas representa bem esse pensamento...

O que mudou foi isso mesmo poder discutir mais com as equipes, estar mais próximo da equipe. Que antes, acho que estava mais isolado, era a salinha lá no fundo, a gente ia, atendia, ia embora e pronto. Se eu fosse discutir com alguém ou alguém viesse discutir sim, agora não, eu acho que isso foi importante, as equipes menores pra discussão. Agora, no meu atendimento, acho que não. Acho que isso já é uma grande mudança, não sei... Isso já foi muito importante. Acho que mudou isso. (E 9)

O próprio crescimento profissional é apontado a partir do compartilhamento com a equipe, outras relações, possibilidades de novas criações...

Antes tinha pouco contato com os colegas, com os funcionários, eu ficava mais atendendo clinicamente. A partir do projeto não, trabalho em equipe, antes eu não participava, acho que nem tinha muito aqui. Agora não, a gente tem toda semana horário na agenda

onde a gente faz reuniões de equipe, onde discute casos, tenho aprendido muita coisa com os médicos, com as enfermeiras, então está sendo um trabalho positivo. (E 12)

Existe uma grande valorização pela formação das equipes, apesar da dificuldade inicial...

...A formação das equipes. Já é uma coisa boa poder discutir, fazer projetos terapêuticos, acompanhar, escutar a opinião dos profissionais, acho que isso é o que eu mais valorizo no PAIDÉIA, essa coisa da gente se integrar com a equipe, trabalhar, pelo menos com uma parte das pessoas que trabalham comigo, eu encontro toda semana. A gente senta, discute, conversa, parece que aproxima ouvindo a opinião das pessoas. Isso aí é uma coisa boa que o PAIDÉIA trouxe, essa integração maior entre nós. (E 8)

A troca e a divisão de saberes entre os profissionais da mental e os outros, só é possível no corpo a corpo, no cotidiano, num fazer junto que aparece em resultados trazidos pelos usuários...

Sempre eu procuro chamar as pessoas e dar um retorno. E, às vezes, acontece casos que tinham necessidade e com algumas orientações que o próprio médico fez a pessoa se sentir, que tem uma ferramenta para procurar... Tive uma pessoa que estava deprimida, não conseguia sair da cama, não conseguia se alimentar e com a conversa com o médico ela entendeu que precisava era pedir a conta e procurar um outro trabalho. Então, às vezes, essa conversa, ela pode acontecer, então quando ela chega pra mim ela diz: olha já passei no 'psicólogo' (o médico), já resolveu, eu só vim aqui mais para dar uma satisfação... (E 1)

A possibilidade de outros profissionais desempenharem um papel, dado como específico do psicólogo, traz crescimento para todos, o compartilhamento levando a uma assistência mais resolutiva...

...Não necessariamente o psicólogo fazer a orientação, outra pessoa, por exemplo, um médico pode fazer, às vezes uma enfermeira pode fazer a orientação, uma coisa assim dava para fazer... Então

chegava tudo. Coisas que às vezes, um caso de orientação de criança ou de mãe que o pediatra podia fazer. Mas aí, como tinha o recurso, então, punha para o psicólogo, mas agora eu acho que está segurando mais. (E 14)

O compartilhamento se faz na construção cotidiana, que ajuda a refletir e a enfrentar de outra forma situações anteriormente específicas para a Saúde Mental.

A gente faz discussão do caso que a equipe acha que é pertinente à Saúde Mental, então desse caso, todos os aspectos, dentro da equipe, muitas vezes eu nem vejo a pessoa, a pessoa nem precisa chegar aqui, essa pessoa é encaminhada para outras coisas porque não é propriamente uma coisa específica da Saúde Mental, e a gente pode pensar num projeto terapêutico. A gente faz o projeto terapêutico circular, a gente faz, participa e ajuda a pensar. Quando não precisa pôr a mão na massa a gente ajuda a pensar. (E 11)

Apesar dos tempos diferentes entre as equipes, existe um processo de apropriação maior dos “casos da mental”...

“Isso a gente percebia aqui também. ‘Caso da mental’: pega que esse caso é teu! E hoje em dia até a introdução é diferente. O que a gente vai fazer com esse caso? Um caso enrolado acho que todo mundo vai ter que.... Acho que já tem um pouco mais essa apropriação, pelo menos eu sinto. Participo de duas equipes aqui. Uma eu vejo que já está bem, a outra patina mais. (E 7)

O matriciamento faz a diferença nas relações, o compartilhamento se dá a partir da postura e condução do psi no apoio matricial, essa apropriação vem sendo feita aos poucos, tendo grande mérito, mas não parece ser reconhecida pelas próprias psicólogas...

Atualmente estamos priorizando isso. Primeiro essa passagem pela equipe tendo a visão, a equipe vem e discute com a gente. Teve uma época que a porta vinha do jeito que vinha! Então entrava de tudo, desde casos que não eram de psicologia ou eram muito tranquilos e a gente tinha coisas muito mais sérias. Então a gente tem de priorizar. Porque o número é muito grande. Atualmente está funcionando assim. Estamos brigando muito para funcionar assim. Tipo: só vai para a agenda da psicologia depois de ter uma visão da

equipe, depois de ter esse ouvido, de ter essa discussão. Hoje está assim, mas isso são algumas pessoas. Eu tenho muita sorte na equipe que estou. A verdade é essa. Na equipe que estou, está funcionando assim. Outras equipes não! (E 6)

O compartilhamento ocorre a partir de uma relação de respeito e afeto entre os profissionais, numa relação de solidariedade que pode ser expandida para as pessoas que buscam o serviço...

Então eu acho que criou mesmo um vínculo, eu sinto que criou (...) deu um envolvimento, que antes era uma cobrança, assim, mandava, você tinha que atender, porque você não está atendendo? Não estavam entendendo o excesso de pessoas que você não podia atender na hora, lembra como era antes, tinha até fila de espera, hoje nos eles poupam, eles dizem: 'não, está muito sobrecarregado lá, nós temos que fazer alguma coisa aqui também', então existe assim uma troca de afetos, trocas de entendimento do outro, é um processo muito rico, muito rico... (E 2)

Do trabalho em equipe, do apoio matricial compartilhado, a força para enfrentar as adversidades do cotidiano...

Eu acho que eu sou feliz assim, que a equipe aqui, com todos os problemas que tem, é uma equipe realmente saudável. Então eu me sinto feliz por isso, é gostoso trabalhar aqui, acho que as pessoas que trabalham num ambiente, num grupo que tem menos solidariedade, menos respeito, capacidade de ouvir um ao outro, daí deve ser complicado. O trabalho da gente, às vezes, é pesado. Certos pacientes, certas épocas que fica muita gente, muito violento, mas se a gente pode dividir isso com o grupo não se sente tão sozinho... (E 10)

A partir do compartilhamento é possível para os profissionais, aos poucos, ter um olhar diferente para as questões da Saúde Mental...

Hoje o generalista tem um olhar diferente, então ele pede um retorno do que antes dispensava, a escola tem um olhar diferente, o pessoal do outro CS tem um olhar diferente. Eles estão achando muita coisa... (E 1)

Melhora a capacidade de escuta e a possibilidade de acolhimento por parte dos outros profissionais, riqueza na assistência, ampliação da clínica...

Eu pedi à médica clínica daquela região, pra acompanhar mais, uma paciente que estava tendo muito sintoma físico, um casamento muito ruim, um marido violento com ela, e a médica arranhou uma consulta pra ela, acolheu, eu sei que ela precisa de mais acolhimento. Então é muito gostoso você contar com outro profissional que você sabe que também vai dar um acolhimento, outro apoio a esse paciente que está precisando mais do que aquele grupo que você oferece, esse contar com outra pessoa ali, é gostoso, eu me sinto mais motivada e mais responsável... (E 10)

O trabalho vivo, tecnologia de relações possibilita o compartilhamento, ou o compartilhamento possibilita a riqueza das relações...

O meu Centro de Saúde é diferenciado nesse sentido da mental; a maioria dos auxiliares de enfermagem aqui acolhem, fazem grupos de vivência, trazem idéias e isto não é Paidéia. O Paidéia acrescentou, já era assim... Eu não posso te dizer de outros lugares, mas o que eu escuto em alguns fóruns que a gente vai, algumas queixas que nós aqui não temos. A capacidade de ouvir, de escuta, de entender é legal de um modo geral... Então é relativamente fácil trabalhar aqui, não tenho queixa assim, de vir tudo pra mim... (E 4)

A participação efetiva do psi no apoio matricial dá início a um processo de construção, no qual é possível haver troca de saberes e funções, além do estabelecimento de relações que não se articulam em função do poder desta ou daquela profissão. Com base nisso a equipe vai se tornando mais segura e capaz de acolher e resolver casos que, anteriormente, eram diretamente enviados para a mental. Uma das entrevistadas, quando questionada sobre isso, afirma que, em relação à psicologia isso tem sido diferente, mas em relação à psiquiatria não. Ora, essa psiquiatra não matricula por não ter horário em função de agenda para consulta, dessa forma não consegue reverter a demanda por não estar compartilhando com os outros profissionais seus saberes, caímos num círculo vicioso...

Agora eu acho que com a psiquiatria a coisa muda de figura mesmo, os clínicos ainda se assustam um pouco com alguns pacientes, então eles mandam mesmo pra psiquiatra, ela devolve pra eles em equipe quando já estão medicados, quando já estão compensados, aí volta pro clínico. Então eu sinto assim, com a psiquiatria ainda tem essa coisa de 'Nossa é pro psiquiatra!', com o psicólogo não, dá prá conversar... Agora vai tempo... (E 4)

Para o compartilhamento é fundamental que o psi participe das reuniões de equipe de referência, independentemente dos casos para discutir, pois é essa atitude que o tira da posição de supervisor e o coloca no lugar de construtor conjunto de um novo fazer...

A gente vai à reunião da equipe e tem participado, a gente chega eles já começaram, mas a gente chega e participa, independente de ter casos ou não pra discutir a gente vai até lá toda semana (...) Essa que a gente tem ido sempre tem dado muito mais resultado, tem sido muito mais interessante... (E 3)

A participação nas reuniões possibilita que o psi leve a sua visão, o seu olhar para outros projetos e questões da equipe, o que amplia o vínculo entre os profissionais e a clínica de todos...

Projetos deles, projetos com... Nossa é tanta coisa que eles fazem... Com diabéticos, com hipertensos, toda a parte de odontologia que eles vão à comunidade, de profilaxia. Discussões de casos clínicos, basicamente também, sempre tem um, dois casos clínicos. E as agentes trazem muitas, as agentes trazem demanda, que aí são casos clínicos mesmo.. (E 4)

O compartilhamento no apoio matricial possibilita a construção de projetos terapêuticos para as pessoas em maior situação de risco e vulnerabilidade, co-responsabilização dos casos mais difíceis...

Então existe assim, hoje, uma co-responsabilidade não por imposição, mas por mudança de lugar, por reflexões, eu acho que propicia isso mesmo, os matriciamentos... (E 2)

Há um crescimento no sentido de entender que, para alguns casos, só a psicoterapia não é resolutiva, faz parte do compartilhamento possível através do matriciamento...

É pra projeto, porque não adianta, não é aquela criança que vem pra psicóloga, é mãe da criança que foi presa, vir pra psicóloga é uma das coisas, mas aí a gente discute a família. (E 4)

Este seria o início de um processo que leva tempo para se concretizar, ou seja, o trabalho vivo vai aos poucos se cristalizando, tornando-se instituído, mas espera-se um instituído inovador, que se repense e se reconstrua...

Parece que teve uma mudança assim, algumas pessoas não estão encaminhando só por encaminhar, esse foi um progresso também, estão pensando antes... Mas mesmo assim ainda vêm e discutem, mas isso já deu uma segurada... Tem também a responsabilização, não é só o caso da Mental, mas é o nosso caso. Mas acho que ainda vai levar mais tempo para isso estar cristalizado... (E 15)

A partir do compartilhamento de saberes, poderes, funções, papéis, sonhos é possível construir um espaço de real solidariedade que permita a integralidade e equidade na assistência, que conduza, a partir de um processo de trabalho mais democrático, à ampliação da clínica psi. O compartilhamento aponta para várias possibilidades, projetos de novos fazeres...

As possibilidades em construção...

A partir do compartilhamento de saberes, as possibilidades em construção...

Então hoje eu procuro participar de um jeito, que quando eu tenho alguma sensação, eu compartilho, eu coloco muito isso, eu estou compartilhando um ponto de vista... Deles, eu sinto que eles estão precisando muito para projetos, que você pode estar oferecendo, você vai pensando junto... E casos que aparecem com o clínico, de alcoolista, de depressão, a gente discute se vai entrar com medicação, ou ficar só comigo, geralmente é assim... Tem discussão de caso, mas a gente tenta estar discutindo junto os projetos mesmo, o dia a dia da equipe... O paciente de Saúde Mental, ele não é mais assim... Ele é um paciente da equipe... (E 1)

A elaboração de projetos por equipe de referência é uma das possibilidades, dessa forma surgem trabalhos com outros profissionais...

É um grupo que tem o objetivo, assim, educação e saúde continuada, tanto arte como saúde, isso vai partir do grupo, então quando eles quiserem uma palestra com ginecologista, eles agendam e o ginecologista faz a visita e os outros profissionais vão fazer um rodízio, que pode ser o dentista, o gineco, eu... E o artesanato fica por conta dos agentes e do auxiliar de enfermagem que coordenam o grupo (E 1)

Outra possibilidade, em outra equipe, com a mesma psicóloga...

Então de repente, se tem um grande número de queixas de aprendizagem, a gente já montou um grupo de triagem de mães com a equipe de lá, com o pediatra, com a enfermeira... É para ter a vivência mesmo e não só falar... Não só passar o que a gente sabe para eles, mas viver junto o grupo... (E 1)

Num local onde o apoio iniciou e parou por um tempo, a psicóloga percebe que o fato de não matricular aumenta a demanda para atendimento, assim a partir do reinício tem expectativa de reverter o fluxo para a mental...

...Eles mandam muito, mandam demais pra nós. Agora, a gente, tentando recomeçar o trabalho de matricular, a gente já está com a fantasia de que eles vão mandar menos pacientes, porque, como eles não têm nenhum profissional de Saúde Mental lá, tudo eles mandam (...) Então é um trabalho que está sendo desenvolvido lá pra haver uma seleção melhor de pacientes pra mandar, e conversar com eles a respeito do que eles têm para oferecer lá, o que é que o próprio Centro de Saúde pode fazer, uma coisa que eu acho que eles podem fazer lá é um grupo com adolescente, de orientação para adolescente, eles falam que não tem profissional, mas isso uma enfermeira pode fazer, um auxiliar ajudando, que a orientação é diferente de terapia... Discutir coisas referentes à adolescência, eu pretendo indo matricular lá, propor isso... (E 8)

Em outro CS, a psicóloga refere que a partir do maior entrosamento da equipe estão surgindo várias idéias de projetos que eles desejam desenvolver...

Tem intercâmbio com outros profissionais, tem gineco, tem odonto, clínico, pediatra, e a gente faz grupos nessa área. Por exemplo, com gineco a gente já levantou a idéia de fazer grupos de gestantes, grupos de sexualidade, que a gineco quer começar, todas as áreas estão envolvidas também. Com os pediatras, nós pensamos em fazer um grupo de adolescentes obesos. Tivemos a idéia de entrar em contato com uma nutricionista, uma professora de Educação Física, o pediatra também faria a parte dele. Com os clínicos, por exemplo, nós queremos atender um grupo de hipertensos, idosos... Por exemplo, nós estamos fazendo também um trabalho de cada um fazer sua cartilha... (E 13)

O apoio matricial que, em alguns lugares no início, causou todo tipo de desconforto e confusão, hoje parece estar mais aderido ao imaginário das pessoas tanto da mental quanto dos outros profissionais...

Essa equipe, depois, acolheu super-legal, hoje a gente está fazendo parte da equipe, então a gente não tem uma figura diferente, acaba dividindo um pouco esse matriciamento... (E 1)

Uma das psicólogas aponta que a própria formação das equipes em si, traz possibilidades de trabalhos coletivos, apesar de ainda estarem em processo...

O fato de ter formado as equipes e o fato dessa questão do projeto Paidéia mesmo, eu acho que sim, acho que mudou. Não está ainda como deveria ser, mas nós estamos em mudança... (E 11)

A constituição da equipe, como grupo, faz parte do processo de implantação do projeto e acontece de maneira gradativa...

O que mudou é isso, as reuniões de equipe, a possibilidade de que um dia a gente consiga ser equipe mesmo, de verdade, que eu acho que isso é muito legal e eu acho que é difícil, vai um tempo mesmo. (E 9)

Poder contar com as pessoas da equipe como parceiros dispostos a dividir “a dor e a delícia”, torna-se o disparador de projetos e possibilidades na assistência...

Pra mim, um acréscimo foi o agente de saúde, ele faz um trabalho muito jóia junto com visita (...) e isso eu achei fantástico. Motiva mesmo, porque você vê que são profissionais envolvidos mesmo, tem um propósito. Então, às vezes criança que tem uma dificuldade social, mesmo, que tem dificuldade de ir no Centro de Convivência, eles fazem essa visita, vão na casa até se vincular, isso foi um grande ganho. Teve um incentivo pra se criar saídas, se tem dificuldade, vamos criar uma saída. Acho que isso coincidiu com o meu momento pessoal também, eu fui aprender essas outras práticas. Eu vejo assim que tem muita coisa positiva... (E 1)

Uma das entrevistadas vê no PAIDÉIA um acréscimo à prática de todos, a possibilidade de um trabalho mais integrado e coeso...

É algo a mais, porque muitas vezes, uma família como eu te illustrei, não adianta ir lá só pela mental, tem todas as outras coisas que têm que ser vistas, então ajuda muito. O trabalho das Agentes eu acho muito legal, o trabalho da gente facilitou muito com essas Agentes indo, fazendo, elas trazem casos, eu peço visita, outras vezes quando eu não vou... Então eu acho que ajuda pra caramba e mesmo o acesso a equipe como um todo, a gente ficou mais unida, não é unido isso a gente sempre foi, mais próximo, um trabalho mais conjunto, mais coeso. (E 4)

A apropriação por parte da equipe da temática da Saúde Mental é animadora para uma das entrevistadas, reveladora de novas invenções na assistência, inclusive para a própria psicóloga...

Pra mim é animador isso, ver dentista, ver clínico, animados a isso, trabalhar também com dependência química, isso me anima pra caramba. Talvez eu também trabalhe agora nisso, remodelar o grupo porque o primeiro não deu certo. É isso, acho que realmente trabalhar em equipe é difícil, em certos momentos você tem a impressão que não está certo, que não vai pra frente, mas é processo viver em grupo... Daí quando o negócio melhora a gente anima muito, é muito gostoso... (E 10)

Existem trabalhos desenvolvidos para a própria equipe, que surgiram do apoio matricial...

Até questão de relacionamento mesmo. Tive um grupo aqui que foi para funcionários, que durou três meses, que era para a gente estar discutindo questões de transtorno alimentar, porque muitas pacientes aqui são obesas, precisam estar perdendo peso, então foi uma experiência muito legal porque deu para elas refletirem o comportamento diante do alimento, mas que é o mesmo em relação às outras coisas. Ai começou a surgir a questão do trabalho, dificuldade de relacionamento aqui e as pessoas que vieram, depois elas deram esse retorno, do quanto foi bom..." (E 12)

E existem trabalhos feitos com a equipe antes da implantação do PAIDÉIA e que hoje refletem numa maior integração entre as pessoas, o que leva a pensar que o psi na equipe auxilia também nesse sentido...

Coincidentemente acaba sendo um grupo que foi trabalhado a relação vincular anterior, na outra administração, que não tinha nada a ver com a administração e sim com a nossa coordenadora, que é enfermeira da equipe X hoje, que abriu um espaço onde eu trabalhava a relação vincular dessas pessoas. Eu tinha dois grupos de 22 pessoas, dos funcionários, e foi a escolha deles. Ai foi lapidando, lapidando e ficaram algumas pessoas, ficaram dois grupos de dez. Então a grande maioria, coincidentemente, está na equipe Y. Então já existe um trabalho relacional antes, e vincular! (E 6)

Existe a constatação de que quando a equipe se reúne para discutir, as possibilidades dos projetos serem desenvolvidos aumenta...

Quando eu paro pra discutir com as pessoas e conversar que nem agora essa idéia aí da equipe, eu acho que surgem coisas, tanto que eu me dispus, vou ficar depois do horário só pra participar da reunião, vamos lá... (E 3)

Uma das entrevistadas não acredita que o projeto PAIDÉIA é o disparador da melhora na qualidade da assistência, atribui isso à boa relação entre as pessoas. Dentro do contexto, o projeto incentiva e possibilita a inserção de novas práticas na rede, mas o fato de uma equipe ter um bom vínculo com certeza contribui para uma boa clínica...

Tanto que trabalho com Saúde Mental junto com a clínica geral que é acupunturista e está entrando com acupuntura na rede. Tem caso que a gente divide dentro da clínica! Trabalhamos Saúde Mental com acupuntura! Eu não acredito que foi o projeto Paidéia que melhorou isso! Acredito que foi a relação das pessoas, que facilitou.
(E 6)

Existem outras experiências em que o generalista tem assumido pacientes que ficavam com a mental, embora ainda pensando mais na “parte física”, mas é um avanço já que antes esses pacientes pareciam desprovidos de corpo...

Tem coisas legais que estão acontecendo, o generalista da X começou a atender alguns pacientes, então a gente está querendo dividir critério de ver quando dá para ele ir acompanhando e quando precisa das meninas da Saúde Mental. Então isso virou... E daí vira porquê? Porque tem pessoas, ele tem um interesse nisso, então vamos dividir o que dá pra ele acompanhar que não tem tantas demandas emocionais, que de repente precisa de um apoio mais na parte física... Então isso é uma questão que está mudando... (E 1)

A constituição da equipe, como grupo, ocorre aos poucos, o processo é descrito por uma das entrevistadas, que relata o início do compartilhamento e as possibilidades de, aos poucos, transformarem o processo de trabalho, mudança de paradigma, uma construção que não é fácil e necessita de atores que “puxem mais” em alguns momentos, ficando expresso o quanto a participação dessa profissional na sua equipe auxiliou na implementação do projeto...

A dificuldade que era para fazer com que as pessoas subissem para a reunião. Assim, um dia era eu quem estava com mais disposição de puxar, um dia era a clínica, que é a clínica da nossa equipe que compra muito esse projeto novo, então às vezes era ela, assim, de ter

que laçar. 'Ah, não posso sair da farmácia', 'Ah porque está cheio', e aí quando a gente conseguia que viesse todo mundo, as reuniões eram como antigamente nas reuniões em geral do Centro de Saúde, então olha, atendi um caso, mas acho que é da mental, posso passar para você. Atendi um caso que acho que é da GO, posso passar para você. E, hoje em dia, a gente percebe que a tônica é diferente, primeiro que está mais estabelecida essa coisa de, não precisa mais ficar catando. Vamos subir para a reunião. Só não vem quando não tem jeito mesmo. É assim: vi um caso complicado, o quê que a gente vai fazer? Quem é que vai fazer a visita, quem é que pode contribuir... (...) o que se comenta aqui e observo também, é que nem todas as equipes e nem todos os profissionais, já conseguem incorporar essa prática. Muita gente fala: 'não agüento mais, desse jeito é muito mais difícil, mas eu não voltaria jamais para o jeito antigo'... (E 7)

Dessa forma, as pessoas se vêm envolvidas por um novo olhar, um novo saber que leva a outros fazeres. Salientado inclusive pelo fato de não ter equipe de Saúde Mental, existindo, portanto, mais possibilidades de construção onde não há uma prática pré-estabelecida...

Diferente do CS W, porque lá não tinha mental... Então lá o matriciamento ficou muito mais fluido, mais fácil, talvez porque eles nunca tinham um profissional para contar lá, então eles tiveram muito mais autonomia, de vir a generalizar uma orientação que a gente passou de um caso para outro, e ter autonomia de não deixar gente esperando, então lá foi muito mais tranqüilo... (E 1)

A divisão de saberes possibilitando a ampliação da clínica do outro...

Ele estava compreendendo que a 'psicoterapia' era orientar a mãe, a detectar o que a mãe estava deixando de fazer na compreensão dele, então: 'eu orientei essa mãe assim: que ela trabalha tanto, o pai mora em outro lugar, que ela (a mãe) estava falando que essa criança estava muito precoce, sexualmente e outras questões, estava na cara que essa mãe não senta nem pra brincar com o filho, pra assistir um programa infantil junto, eu dei umas orientadas nesse nível' o pediatra falou (...) isso não é terapia, é uma troca de afeto

importantíssima (...) isso é um vínculo, só isso essa pessoa vai melhorar, essa mãe vai crescer, não precisa de muitas outras coisas... (E 2)

Um novo modo de olhar o usuário e sua dor...

Que mais que mudou com o PAIDÉIA? Eu acho que a visão de saúde, esses treinamentos que a gente fez na capacitação, eu acho que de certa forma a equipe toda se modificou, uns mais, outros menos, mas eu acho que na forma de encarar o paciente, acho que houve uma modificação sim... (E 8)

A própria “psi” tem a possibilidade de crescer, de mudar seu olhar sobre a vida das pessoas, desde que ela também altere o seu processo de trabalho, saia do consultório e conheça o entorno, as ruas com suas mazelas e recursos...

Eu acho que se funcionar como realmente tem que funcionar parece que é uma idéia boa, porque de repente, assim, se eu ficar conhecendo aquele território: tem um filho de um alcoolista, então eu já estou conhecendo a casa, eu já estou sabendo, quer dizer, eu sem querer estou atingindo a família, por outros profissionais, eu vou chegando através desses outros profissionais, conhecendo até a população. (E 13)

Outra possibilidade, a partir do apoio matricial, é conseguir que equipes e profissionais regulem a demanda e o fluxo em função do risco e vulnerabilidade de cada caso, termômetro inclusive, para a elaboração dos projetos terapêuticos...

Eu percebo é que a gente dá uma selecionada naquelas pessoas que precisam mais mesmo (...) a gente raciocina assim mesmo e sabe que é respaldado pelo SUS. Foi tão bom ler aquilo lá no SUS que todos tem o direito, mas que a gente deve facilitar mais o acesso a quem precisa mais... (E 10)

Mudança no processo de trabalho em função de agilização concomitante com o trabalho da equipe de referência...

Eu tive que ampliar um pouco mais os horários de atendimento individual pra poder receber as avaliações, porque se você discute na equipe de referência e manda ficar em fila de espera, não tem sentido, você tem que estar concomitantemente fazendo, essa é a diferença que aconteceu na dinâmica de funcionamento... (E 2)

Através do apoio matricial, as equipes passam a assumir mais os casos, ficando para a mental o que realmente é da mental...

A gente discute, eu faço apoio, a gente conversa, até chegar a um ponto que ela dá conta. Agora, logicamente, chega num ponto que não dá conta, aí vem. Aí você percebe que os encaminhamentos são absolutamente pertinentes, mesmo, não dava para dar conta. Porque logicamente tem coisa que é para a mental. (E 14)

Através do caminho percorrido pelo texto das psicólogas é possível perceber o desenho que vem sendo traçado por elas sobre o apoio matricial, uma prática nova, que exige do profissional “psi” a troca efetiva de saberes com outros profissionais. Nesse trilhar, são muitas as dificuldades que se tornam um cerceamento ao matriciamento, principalmente quando este é auto-referente, mas que não impedem ações de compartilhamento que acabam acontecendo ao mesmo tempo, acenando com possibilidades de novas intervenções.

Nesse caminhar, a relação com o gestor de todos os níveis tem sido um fator de tensão que merece ser olhado.

O psicólogo olhando o gestor: apoio e abandono...

A partir das entrevistas, é possível perceber o quanto a relação com o gestor é ambígua, por um lado sentem-se desvalorizadas e abandonadas no papel de implementar a mudança pertinente ao projeto, por outro reconhecem o quanto têm sido fundamentais as capacitações pertinentes ao processo de implementação do PAIDÉIA e as supervisões específicas para os trabalhadores da Saúde Mental. Apoio e abandono, dialética pertinente ao processo.

Sentem-se valorizados?

O trabalho desenvolvido pelos psicólogos é sentido, em muitos momentos, como não valorizado pelo gestor. Esse aspecto é citado por sete das entrevistadas, em nenhuma das entrevistas foi declarado haver um reconhecimento/valorização por parte do gestor, de qualquer nível, sobre o trabalho desenvolvido por elas.

Uma das questões identificadas como não reconhecimento é a questão financeira, já que para essas profissionais, outros trabalhadores da saúde recebem um incentivo que a categoria dos psicólogos não recebe.

Só o médico da família que é reconhecido e que ganha um percentual diferencial de matriciador, nós trabalhamos gratuitamente para ser um matriciador, porque nem tão pouco na nossa região a gente diminui jornada de atendimento para ter função de matriciador, porque função de matriciador não é só ir lá e discutir os casos... (E 2)

Sentem-se sobrecarregadas pela função de matriciador e não reconhecidas financeiramente.

Acho que é importante a gente falar da parte financeira também. A maioria das pessoas fica desmotivada com a questão de receber menos incentivo que outros. Acho que isso deveria ser revisto... por exemplo, do dentista que ganha muito mais do que ganha um psicólogo... (E 13)

A não valorização pode levar a uma desmotivação gradual em relação ao projeto e a sua implementação... Ocorre uma amargura em relação ao processo de trabalho, como se o gestor abandonasse a Saúde Mental, o psicólogo, na função de apoio matricial, sentida como falta de reconhecimento...

Pode chegar um momento que acaba desmotivando, eu estou achando que está começando a chegar nessa fase, porque o começo é novidade, é aquela tal da esperança, mas depois as pessoas caem no concreto, e o concreto não tem nada, nem de financeiro, nem de diminuir sobrecarga, nem de melhorar uma equipe, nada! (E 2)

Uma das entrevistadas acredita que sua equipe é mal vista pelo gestor, em função de serem questionadores, relações absolutamente estremecidas que enfraquecem a possibilidade de sucesso do projeto, que se dá no nível de relações de força.

Porque essa é a equipe que o distrito não gosta! É a equipe encrenca. São todos os briguentos numa equipe só. Quando dividiu, dividiram muito mal! Colocaram todos aqueles de gênio forte, que fala tudo, junto. Vamos colocar eles que eles se matam. Muito pelo contrário. Colocaram e as pessoas se deram muito bem porque não tem confusão! (E 6)

Uma das entrevistadas percebe uma certa incoseqüência do gestor no afã de implantação do projeto, que se traduz no abandono dos trabalhadores e usuários. A gestão parece envolvida num tempo diferenciado dos trabalhadores, avaliada negativamente pelo frenesi de implantar o projeto e executar mudanças, deixando o ônus para o trabalhador da Saúde Mental. Há um descompasso entre trabalhadores e gestores, no tempo e, para a entrevistada, no grau de compromisso.

Eu sinto que estamos numa corrida frenética de construir coisas novas, novas, novas, novas e fica tudo infantil, não tem pernas, constrói um castelo, mas não tem base nenhuma, desmonta um serviço pra montar outro e o outro quem cuida? Desmonta um Centro de Saúde pra montar um Caps, e quem vai ficar no Centro de Saúde agora? E a demanda que era atendida? Então isso angustia... Isso eu vejo como negativo. (E 1)

O não reconhecimento parece traduzido no abandono sentido em capacitações insuficientes, numa leitura mesmo, de que o gestor é irresponsável, o projeto passa a depender em suma, do empenho pessoal de cada profissional.

As capacitações, na minha opinião, não foram suficientes. Ontem mesmo eu participei de um curso que fala sobre capacitação de dependente de álcool, teremos três aulas. Acho difícil um generalista, em três aulas, ele estar capacitado para atender algumas coisas. Eles são assim, na minha opinião, acho insuficiente... Para o grau de atendimento, sabe, para o número de atendimento. Então eu sou bem franca em dizer que a coisa anda porque os profissionais são responsáveis. (E 14)

Esta mesma linha de relação com a gestão é sentida por uma das entrevistadas como o grande ponto negativo do projeto, traduzido no não reconhecimento do esforço pessoal dos trabalhadores.

É o sofrimento em função de uma cobrança que está além das nossas possibilidades. A cobrança, ela chega, em quantidade muito grande e assim, destacada. Agora, quando a gente consegue fazer alguma coisa boa, alguma coisa que dá certo, a valorização não vem com o mesmo destaque, então acaba meio que desmotivando. A gente está conseguindo caminhar, mas muito pelo esforço pessoal e sinto falta de um respaldo das instâncias superiores, a gente precisa ser ajudado com infra-estrutura. Porque sinto que eles são impermeáveis ao que a gente diz. De repente vem projeto já pronto e foi dito que a gente tinha que fazer o projeto acontecer. (E 12)

Para uma das entrevistadas, o gestor parece incapaz de reconhecer a especificidade do trabalho do psicólogo, o que se traduz no sentimento de não reconhecimento e não valorização do trabalho desenvolvido. Assim, em relação ao seu trabalho em Centro de Saúde, sente-se:

Desafiada pela diversidade da demanda e das questões com as quais me encontro e desanimada com relação à estrutura (qualidade da compreensão sobre as várias dimensões do trabalho do psicólogo em Saúde Pública) oferecida pela PMC para trabalhar com essas questões. (E 5)

As psicólogas sentem-se abandonadas pela gestão ao duro cotidiano de implementar a mudança e lidar com o sofrimento não só dos pacientes, mas também dos outros profissionais...

... a gente perde uma energia danada aqui dentro com a equipe que fica doente em todos os sentidos, as pessoas se desestruturam, ficam doentes, eu acho que isso dá muito mais dor de cabeça do que o atendimento, o trabalho. Porque isso é gostoso, a população não traz grandes problemas. Têm sim os problemas, mas a gente optou trabalhar com eles, agora os problemas internos é que são os mais difíceis. Mas, parece que é o processo... (E 9)

Uma das entrevistadas tem uma visão bastante crítica sobre as relações institucionais e as dificuldades projetadas na assistência em função das mesmas.

... tem hora que tem essa coisa mesmo do gerenciamento, de crise, manias, de situações complicadas e uma coisa que até reparo o quanto a gente sofre isso enquanto trabalhador, o quanto também reflete isso no trabalho. Isso para mim é muito claro. Parece que tem mais crise, parece que tem mais demanda e me sinto muito mal com isso. É como se a gente mesmo acabasse provocando uma iatrogenia, a nossa doença institucional acaba passando, mais uma, o usuário já tem várias e isso acho complicado, mas a gente vai levando. (E 7)

O processo de implantação do projeto PAIDÉIA, um novo modelo tecno-assistencial, tem sido sofrido, requer embates cotidianos e a necessidade de lidar rotineiramente com as faltas. O gestor, por sua vez, parece viver um tempo diferenciado, o tempo político da gestão, que, portanto, requer pressa, tensionando o trabalhador que, por sua vez, sente-se demasiadamente cansado, ou seja, a mudança de modelo está calcada literalmente na mudança de processo de trabalho, que leva a um desgaste das relações entre trabalhadores e gestores.

Como olham as diretrizes?

Doze das entrevistadas, citam a questão das diretrizes e a forma como as mesmas são passadas; em algumas das falas aparece bem a contradição entre um modelo que é avaliado como positivo (enquanto idéia), mas que não tem como se firmar pela “falta de política” para implementá-lo, como se fossem dois governos um que trouxe a idéia e outro que não o implementa.

Parece haver um sentimento de que o gestor passou para os profissionais da Saúde Mental a árdua tarefa de mudar a cultura institucional, o que caracteriza um peso, como se toda mudança não envolvesse todos os atores. As dificuldades são trabalhadas em alguma medida com o não envolvimento com a diretriz, como se fosse possível haver implantação de projeto que não seja assumido como de cada um...

Então surgiu um movimento assim de dar um tempo, ver o movimento das equipes de aceitar a gente estar participando... Porque a gente colocou, a gente não vai definir isso, nem a gente que está definindo... (E 1)

A necessidade de que o gestor faça valer a diretriz, passa, também, pela dificuldade encontrada em que o gestor local, o gerente da unidade, entenda e assuma o projeto em relação à Saúde Mental. Esses parecem trazer no imaginário e no ideário de uma assistência “realmente boa” o modelo da Atenção Primária à Saúde, o que dificulta muito que os outros trabalhadores entendam e assumam o projeto.

As pessoas se sentiam obrigadas a ir, ficavam reclamando ‘aí, essas coisas da mental...’, então a gente desistiu, ninguém é obrigado, não somos nós que vamos obrigar essas pessoas a pensarem isso, não cabe a nós, cabe à chefia, então a gente acabou, a gente parou de fazer. Então a gente tentou fazer, tentamos pensar juntos, esses anos e não saiu nada”. (E 3)

Dessa forma, a mudança depende da intencionalidade do gestor que, ambivalentemente, não faz valer o modelo, com as muitas faltas que dificultam e impossibilitam a implementação do projeto. A mesma entrevistada que avalia positivamente o projeto, fala da ausência de “políticas” para a Saúde Mental...

...a gente está tendo um espaço que a gente não tinha porque não era diretriz, a gente não podia chegar e falar vamos parar uma hora por semana ou quinzenalmente pra refletir sobre os casos, a gente não podia fazer isso... (E 2)

Quando se refere às faltas de materiais e profissionais, associa diretamente a dificuldade da mudança a essas faltas, não questionando a própria organização do processo de trabalho.

Não é uma coisa nem próximo do ideal, eu acho que poderia ter mais coisas, não depende da gente, depende mesmo de intenções, de diretrizes, de orçamento. (E 2)

De alguma forma é como se o projeto, o modelo não estivesse cumprindo o “prometido”, a diretriz é sentida como uma ilusão que levou ao aumento do trabalho e não ao alívio da sobrecarga.

Eu percebo assim, também, um desgaste, o que eu acho que aconteceu é que foram muitas construções importantes, mas o modelo tinha que ter chegado com uma nova equipe, porque eu sinto assim que pra mim aumentou o trabalho, de matricular, de estar fora, de estar na assistência, às vezes eu me sinto assim com muita função, entendeu? Parecia que ia diminuir, mas não diminuiu a demanda, aumentou... (E 1)

No dia a dia sentem a sobrecarga do trabalho, avaliada em função do projeto, o que é real, pois a territorialização leva a um contato maior com pacientes que anteriormente não chegavam até o serviço, melhorou o acesso das pessoas ao CS...

... a sobrecarga de trabalho, a demanda aumentou bastante com o PAIDÉIA, com a saída dos agentes que trazem a demanda. (E 9)

O aumento da demanda é sentido como consequência da diretriz do projeto, da porta aberta, aliado a isso, uma maior cobrança em relação ao processo de trabalho de cada profissional, a necessidade de publicizar o que faz e como faz.

A demanda começou a aumentar (...) Isso, essa coisa de ter que fazer bastante caso novo, antigamente era menos, assim. Nós tínhamos até a liberdade de marcar X, eu vou fazer dois ou três por semana, um, e depois com o PAIDÉIA houve uma certa pressão de fazer no mínimo um por dia, todos os profissionais de saúde, ou mais. Então isso também aumentou a minha lista de espera. Quanto mais eu acolho, mais eu aumento minha lista, porque alta a gente custa pra dar em psicologia... (E 8)

Por algumas é sentido que houve pouca construção e gestão do processo, na implantação do projeto...

O apoio matricial, eu acho que pra gente veio como uma palavra, mas ninguém... Eu acho que a gente até solicitou isso pro Distrito, logo no começo do Paidéia, mas na verdade nunca foi colocado pra gente: apoio matricial é isso... Não que as coisas tenham que vir prontas e eu tenho que fazer aquilo. Mas eu acho que tem que ter

uma base, uma diretriz, e a partir daí a gente acrescenta, muda, faz adaptações... Pra mim não foi assim. Foi assim: Saúde Mental é Matricial. Matricial, que raio que é isso? (E 9)

Há dificuldade por parte dos trabalhadores, em geral, de entenderem princípios da diretriz, isso também ocorre em relação ao psicólogo...

Outras coisas, por exemplo, de 'acolhimento', 'o que é acolhimento?' É uma discussão não é bem isso, é ampliar, então, é um 'estado confusional' que gerou na equipe que, agora que as coisas estão se acertando mais. (E 13)

A diretriz é sentida como imposta (de fato é!), mas talvez fale pouco à subjetividade de algumas profissionais, sentida e vivenciada com angústia.

De repente vem projeto já pronto e foi dito que a gente tinha que fazer o projeto acontecer. Tanto que um dos apoiadores usou a frase: 'a gente vai ter que trocar o pneu com o carro andando'. Se a gente for parar para pensar é um absurdo, porque não tem como trocar o pneu com o carro andando, uma coisa assim louca. E, no entanto, foi o que acabou acontecendo, porque a gente teve que mudar totalmente a forma de trabalho, e com essa cobrança, assim sempre muito presente. (E 12)

Outra entrevistada, também se refere à história da roda...

Mas, parece que é o processo... Disseram que a gente tem que trocar a roda com o carro andando, então a gente perde alguns dedos na roda... (E 9)

Nesta mesma linha de raciocínio, a diretriz é entendida como lei, imposta de fora, não revela a contradição existente no processo de trabalho, e que, portanto, pouco tem a ver com as mudanças na própria assistência.

Também com a mudança do modelo do Paidéia ficou difícil da gente fazer uma psicoterapia como a gente fazia antes, né, porque a gente tem que participar de reuniões, e a própria diretriz de trabalho é diferente, a gente só fica mesmo com os casos muito graves, com egressos de hospital psiquiátrico. Então para esses a gente tem a oportunidade de fazer psicoterapia. (E 14)

A respeito da implantação do projeto para uma das entrevistadas o tempo a ser respeitado e seguido deveria ser o do trabalhador, havendo uma distância entre as necessidades de saúde das pessoas e os desejos dos trabalhadores. Não há uma avaliação crítica do próprio processo de trabalho, as faltas são do outro.

Outro dia nós estávamos discutindo na nossa equipe, que a gente acha que a Prefeitura deveria ter feito o contrário. Ela deveria ter nos capacitado durante os primeiros anos, e depois colocar em prática tudo isso. Eu acho que, por exemplo, as nossas angústias, a nossa ansiedade, os nossos sofrimentos teriam sido bem menores. Porque no começo foi difícil, viu! A equipe sofria muito, porque levantava uma porção de casos, e nós não tínhamos como acolher, como fazer, como atender. Então se a Prefeitura tivesse nos capacitado antes, e depois ter implantado, acho que teria dado mais certo. A nossa avaliação é que de certa forma a gente criou ilusão, sim. A gente criou uma expectativa que, na realidade, nós não estamos dando conta. (E 14)

Algumas das entrevistadas referem encontrar dificuldades em seguir as diretrizes do projeto, sentem a pressão do gestor em relação a isso...

Tem casos que eu assumo assim que chega, e tem outros que estão na lista. Mas isso não quer dizer que na lista não tem gente precisando, que tem vez que chega e não tem uma vaga para oferecer. Põe na lista, fazer o quê? Então tem gente bastante necessitada na lista de espera. Uma lista grande. Nosso apoio não gosta muito de saber que tem lista. (E 8)

Existe, em muitas unidades, uma falta real de RH, mas aliado a isso existe a necessidade de mudança no processo de trabalho para que seja possível atender com qualidade e resolutividade a demanda que procura pela Saúde Mental.

Aqui, com uma equipe reduzida, que foi dividida continuamos tendo filas. Nós continuamos não tendo vagas para ofertar. Não é porque a gente não quer, mas é porque a gente não tem (E 6)

Uma das entrevistadas, contrariamente à maioria, avalia que o gestor oferece respaldo junto com a diretriz, o que auxilia a efetivar o projeto. Apoio institucional para a prática do psicólogo no novo modelo tecno-assistencial...

Hoje também sinto que tem um respaldo institucional mais tranquilo para isso. Você tem hoje espaço para supervisão, é possível se fazer um curso que te instrumentalize para estar trabalhando com isso. E também o fato de ter mais coisas para contar... (E 7)

Em contrapartida, outra das entrevistadas avalia que a diretriz é passada de maneira informativa, mas pouco reflexiva, embora não cite a sua participação nos espaços das redes que teriam por objetivo a construção do processo e reflexão sobre o mesmo...

Então você recebe muitas informações, até tem propaganda de que a SMS investe muito em capacitação, em informação, mas a questão mais assim pessoal, reflexiva, que acho importantíssima em qualquer mudança, a gente está carecendo disso. Acho assim, que esse espaço de reflexão falta. (E 11)

De certa maneira na implantação de qualquer projeto são cometidos erros e atropelos, talvez um deles seja o gestor não considerar suficientemente os processos, peculiaridades e história de cada unidade. Algumas profissionais enfrentam grande dificuldade e sofrimento, também em função das divergências internas do Centro de Saúde, o que extrapola o próprio projeto de Saúde Mental.

A mudança incomoda muita gente... A gente tem uma história aqui, foi muito complicada, a gente teve uma chefia durante mais de quinze anos, a mesma pessoa, e quando ela saiu teve uma queda, tem algumas pessoas que ainda estão perdidas... Já faz tempo, mas aquela pessoa ficou... (E 15)

Que tipo de apoio é oferecido?

Nas falas das entrevistadas, o tipo de apoio ofertado para o desenvolvimento de seu trabalho é uma representação bastante presente, treze das entrevistadas citam essa questão. A falta de recursos humanos específicos para a Saúde Mental, principalmente a contratação de mais psicólogos, é uma falta real e presente na fala de nove das psicólogas.

A falta de mais profissionais é sentida como falta de apoio da gestão, abandono em relação à realidade difícil vivida pelas profissionais no dia a dia...

Foram muitas construções importantes, mas o modelo tinha que ter chegado com uma nova equipe... (E 1)

Sentem a sobrecarga de trabalho em função da falta de RH...

eu acho que falta estrutura, eu acho que sozinhos com a mesma equipe, e equipes reduzidas, porque aqui tinha uma equipe que tinha mais uma psicóloga que foi embora e não foi repostado, tinha psiquiatra com mais jornada, então nossa equipe do antigo reduziu, e ampliou funções, então não está maravilhoso não!(E 2)

Uma das questões associadas à falta de RH é a necessidade identificada de implementação de outros projetos, que poderiam ser tocados por outros profissionais, mas que são diretamente associados ao trabalho do psicólogo entendidos como função do psi, não possíveis de serem executados por outros profissionais.

A gente não dá conta, teria que ter uma equipe muito maior pra gente poder ter projetos preventivos, paliativos, de tratamento propriamente dito, quando já está instalado, mas eu gostaria de ajudar a instalar menos (...) identificamos nessa região uma carência total de atividades para adolescentes e crianças, não tem... Pra você poder criar um projeto desses, você tem que ter um tempo, um trabalho, um grupo, patrocínios, um monte de coisas, intenções políticas pra investir, você não faz isso com sucatas, entende? Nem com boa vontade... Então ainda falta muita coisa, em detrimento dessas coisas, dessas equipes que não tem previsão de melhorar, de ampliar... Então ainda fica a desejar por isso... (E 2)

Os contratos e compromissos construídos e assumidos no decorrer de todo o processo de implantação do projeto, entre trabalhadores/trabalhadores, trabalhadores/usuários, fica estremecido na relação trabalhador/gestor; na prática, isso é vivenciado como desesperança. Existe mesmo uma certa desilusão em relação à gestão em função de faltas que não são repostas...

A gente fez um documento enquanto equipe pra estar mandando pro distrito, falando da necessidade de mais profissionais, a gente já teve uma psicóloga que saiu, que pediu demissão e que não foi reposto, teve um psiquiatra que saiu que não foi reposto, e não tem condições mais de ficar desse jeito... (E 3)

Poucas profissionais conseguem avaliar a possibilidade de uma mudança real que necessita de mais RH e de uma mudança no jeito de fazer.

Mas sinto que a gente não consegue fazer em função dessa dificuldade que a gente tem mesmo de RH, com essa coisa assim meio de bombeiro, de estar sempre tendo que tapar alguns buracos que não seriam necessariamente, buracos nossos. Então, por exemplo, a nossa necessidade de estar mandando usuário para o CAPS, tem época como agora em que estamos sem psiquiatra, tem época que é muito grande, mas tem época que eu sinto assim, que a gente teria potência para estar trabalhando mais com esses usuários aqui se a gente tivesse um pouco mais de RH mesmo, porque acho que recurso material tem. Muita gente que acha que prescinde, acho que isso a gente, dá para entrar com a criatividade, dá para usar recursos sem, dá para fazer um trabalho de acompanhamento mesmo um pouco mais próximo, mas eu sinto que a gente não consegue, um pouco por conta disso. (E 7)

Existe também uma queixa em relação à falta de RH para a equipe como um todo e não apenas da Saúde Mental...

... mas eu acho que a gente perde uma energia muito grande com as questões administrativas, com problemas internos, é, a falta de RH, a sobrecarga de trabalho... (E 9)

Ou,

Na verdade não é uma má vontade, é uma coisa da estrutura mesmo, igual àquelas pedrinhas de dominó que uma pecinha vai estar refletindo em tudo. Aqui a região é muito grande e o número de profissionais insuficientes para atender essa demanda que está crescendo muito (...) Quer dizer o poder aquisitivo está cada vez

menor e aí o que acontece, as pessoas acabam caindo mesmo no SUS, e o número de funcionários não aumenta na mesma proporção que a demanda. (E 12)

Para algumas das entrevistadas, todas as dificuldades e impossibilidades de mudanças justificam-se pela falta de RH, que em alguns casos, nem mesmo é real. Uma das entrevistadas, quando questionada sobre quais eram as falhas a que se referia no projeto, de pronto afirma:

De RH tem muitas. (E 13)

O gestor falha por não repor e ampliar o RH da saúde mental na atenção básica na mesma proporção com que cresceram as equipes de PSF e a demanda, como também por não fornecer materiais. Mas, mesmo com RH suficiente seria necessária a mudança no processo de trabalho...

Agora, o ponto negativo é a falta de pessoal. Com os nossos agentes de saúde, a gente brinca com eles, eles 'são pior do que o Bom-Bril', tem que fazer mil e uma coisas. Então, na minha opinião, a grande falha desse projeto é você querer fazer muita coisa com o mesmo número de profissionais. No papel ele é lindo, é lindo mesmo. Mas só que a gente não tem recurso. E a gente já falou para o superior e ele diz que não é bem assim. (E 14)

Em alguns locais o “não dar conta” ocorre em função da falta real de RH...

E a gente não dá conta! Chegando a uma população de aproximadamente 54 mil habitantes. Para dois profissionais em psicologia, não dá! Que a nossa equipe de Saúde Mental são dois psicólogos e um psiquiatra. Então, a gente não dá conta disso. (E 6)

Uma das entrevistadas avalia a necessidade de profissionais mais preparados para o projeto, pensa não apenas no número, mas numa especificidade de pessoal que tivesse um “preparo” para lidar com a mudança. O que, de certa forma, mostra a própria dificuldade em fazer e pensar diferente...

Profissionais com uma preparação para esse projeto, o ideal seria assim, chegar junto com uma equipe para matricular (...) Tinham que ter vindo novos profissionais, que já chegassem com essa nova idéia, um novo olhar mesmo. (E1)

A falta de estrutura física para o trabalho é citada por quatro das entrevistadas, embora se refiram a coisas diferentes. Uma das entrevistadas se refere à falta de uma estrutura de rede de assistência ao citar a falta de psiquiatra infantil, acha que houve falta de planejamento, pois as faltas estruturais de RH, mesmo de profissionais que se demitem por opção pessoal é sentida como um certo descaso do gestor. A burocracia institucional e as dificuldades do gestor para a reposição de pessoal, desgastam a relação com essas profissionais e levam à perda de credibilidade...

Essa fase agora está muito difícil, equipamentos faltando, a psiquiatria infantil... Então onde mais vai faltar? Então eu sinto que essa nova idéia, essa nova visão é muito legal, mas já se subiu as paredes sem preparar os alicerces da casa... (E 1)

Outra referência é feita em relação à falta de materiais adequados para o trabalho do psicólogo, essa falta é sentida como falta de apoio do gestor... É possível perceber a necessidade de transposição do modelo do consultório para o Centro de Saúde e o quanto o “bom trabalho do psicólogo”, fica associado ao modelo de psicoterapia... Assim, se não sou melhor psicólogo, o culpado é o gestor que não me oferece recursos adequados para desempenhar minha prática. Havendo uma falta real de materiais mínimos para o desenvolvimento das atividades.

Eu acho que falta, por exemplo, é muito difícil você trabalhar num projeto com qualidade sem você ter materiais adequados, não tem reposição de brinquedos, não tem verba para isso, está tudo sucateado, entrou ladrão aqui e acabaram com vários brinquedos, não tem reposição rápida, então fica a desejar a qualidade em função da infra-estrutura carente(...) porque você vai pedir um material pra guardar individualmente os brinquedos de cada um, a caixa lúdica, eu tenho que criar com essas caixas de xerox, de papelão, que rasga tudo e que junta até bicho se for ver, por quê? Porque caixa de madeira é considerado sofisticação...” (E 2)

Assim, como as faltas reais de RH, também as faltas estruturais são verdadeiras e em alguns casos impeditivas das ações, embora aqueles que citem a falta de estrutura, afirmem ainda assim, fazerem o possível... Algumas dessas faltas são para o Centro de Saúde como um todo e não especificamente para a Saúde Mental...

A gente tem muito pouco recurso hoje, eu sinto aqui na ponta. A gente não tem condução, a gente não tem condição, a gente não tem material, eu acho que isso desgasta muito a equipe, então a gente perde uma energia danada aqui dentro... (E 9)

A falta de estrutura continua presente enquanto falta de RH, que impossibilita a mudança na prática exercida, sentida enquanto abandono e falta de apoio do gestor.

Gostaria de ter mais possibilidade de estar fazendo trabalhos fora daqui, em escola principalmente, porque a gente recebe muito encaminhamento. Só que é inviável diante dessa estrutura que a gente tem. (E 12)

A supervisão clínica e as capacitações oferecidas pela Secretaria de Saúde aos profissionais da Saúde Mental são avaliadas positivamente por cinco das entrevistadas, que identificam nisso, apoio recebido do gestor... São compreendidas como um momento de aprimoramento para a prática profissional, e necessárias para a implementação do projeto.

E algumas capacitações, estou sempre fazendo alguma coisa, amanhã mesmo eu começo uma do CRIAD que é de alcoolismo e drogadição e agora também eu estou na supervisão da saúde mental, que é essa parceria com PUCC... (E 4)

Interessante como mesmo esses espaços de crescimento e construção profissional de certa forma são vistos como perdas, em função de horários para o atendimento da demanda.

Agora a gente tem tido a supervisão e está ajudando e sendo muito bom, por um lado diminui os horários de atendimento, por outro lado é muito rico poder dividir com outras pessoas, ouvir outros casos, aprofundar, isso tem sido super-bom, que é uma coisa que eu não estava conseguindo fazer. A época em que meus grupos estavam

mais produtivos era a época em que eu fazia curso de grupo, fazia supervisão, estava mais produtivo, depois que eu parei, as coisas foram ficando mais superficiais, então isso está sendo muito bom...”
(E 3)

Nesse novo fazer do psicólogo, as capacitações são fundamentais, inclusive porque ele se torna um “capacitador”, o que mostra a mudança que se instala no fazer cotidiano...

... então quinzenalmente a gente tem essa supervisão. E mensalmente eu participo da rede de apoio à criança e ao adolescente (...) Fora isso, eu trabalho aqui, eu sou do NEC, que é um Núcleo de Educação Continuada. Então assim, começou sendo tutora dos agentes, que foi quando os agentes chegaram, então a gente ajudou na capacitação deles, na seleção, avaliação de perfil dos agentes (...) tem uma reunião semanal com os agentes comunitários, e a cada quinze dias tem uma reunião do NEC (...) E a proposta do NEC é ser um núcleo de educação continuada não só voltada para os agentes, mas na capacitação dos profissionais de maneira geral. (E 9)

A supervisão é sentida como estímulo e possibilidade de troca entre os profissionais de diferentes serviços, aprendizado que viabiliza a implementação de novas práticas com outros serviços e profissionais. Identificam que há um aumento da demanda em função do projeto, o que deve ser avaliado de maneira positiva, pois significa que as pessoas que mais precisam estão chegando ao serviço...

Uma supervisora que eu peguei ela tem bastante conhecimento da relação mãe e bebê, ficou de trazer texto, fico até sonhando quem sabe daria até pra arrumar alguma coisa, contribuir também com a creche lá que é próxima, mas isso realmente, essa supervisão que a prefeitura está oferecendo agora eu estou achando assim, motivou mais a gente, deu um ânimo, além de discutir com a supervisora, a gente discute com outros profissionais (...) tem algumas coisas parecidas, por exemplo, pacientes que eu acho que são, que a gente tem um pouco mais preocupação, que estão sofrendo violência sexual, crianças, adolescentes, então só o fato de a gente poder trocar idéias com a supervisora, trocar idéias com colegas, isso está

sendo muito interessante. Anima a gente, vê que é parecido, porque a gente, tem caso que antigamente aparecia raramente, agora aparece com muito mais frequência. (E 10)

A criação de uma rede efetiva de assistência é identificada positivamente, mas ainda necessitando ser aprimorada, mas a dificuldade é entendida como parte do processo...

E hoje a gente sente que é possível você estar com paciente que está saindo ali do controle, do tratamento do centro de saúde e está caminhando para uma crise, ainda tem o recurso do CAPS, ele pode fazer duas ou três noites de leito CAPS e voltar, então assim, nesse sentido, acho que também mudou, a gente se sente mais respaldado institucionalmente nesse sentido. Acho que isso faz uma diferença. Ou mesmo o alcolista com aquela coisa de ser terra de ninguém, ou mesmo com adolescente, a gente ainda patina muito com isso. Às vezes, a gente brinca que é como se a gente estivesse assistindo um garoto de nove, dez anos começar a carreira dele e não consegue fazer nada. Tem mais respaldo do CRIAD? Tem, mas ainda é longe, a gente não tem, nem sempre a gente consegue levar e não tem condição, e a família... Nesse sentido, faltam essas outras parcerias, falta recurso, mas a gente se sente mais respaldado, então acho que isso fez diferença de 2001 para cá. (E 7)

Duas das entrevistadas sentem haver apoio e incentivo por parte do gestor e da instituição, no sentido de aprimorarem sua prática profissional...

... tem um respaldo da instituição nesse sentido, falo assim, por exemplo, antigamente a gente tinha que procurar essas coisas só fora da instituição. (E 7)

Aqui é como eu te disse, o pessoal é muito legal, a coordenação, tudo o que eu preciso, se eu preciso sair pra fazer um curso, que eu estou sempre fazendo, uns por minha conta, outros da rede, é tranquilo... (E 4)

Uma das entrevistadas identifica a necessidade de um apoio maior às equipes de PSF, devido à grande dificuldade em trabalhar com a população, papel esse que poderia ser desenvolvido, numa certa medida, no apoio matricial, que nesse Centro de Saúde, ainda está em construção.

Não sei se eu deveria estar fazendo, talvez acho que nem eu, mas acho que falta muito mesmo o trabalho das relações de equipe. Talvez não fosse eu, mas acho isso uma falha enorme que faz parte da Saúde Mental, de nós cuidadores da população. Acho isso uma coisa importantíssima que melhoraria muito a qualidade do atendimento. Acho isso muito falho mesmo. Em termos de atuação do psicólogo na rede, porque a gente trabalha sob pressão, sob cobrança da população que não é fácil de trabalhar, eles não são fáceis, porque a vida deles é muito difícil. Então, eu acho que isso aí precisaria muito e aí já melhoraria muito o atendimento. (E 11)

Outra entrevistada acredita que o gestor passa por cima da dignidade profissional dos trabalhadores, sendo meros cobradores de resultados...

Embora a intenção do projeto seja ótima, queria muito que desse certo. De uma maneira digna, assim, que o profissional não precisasse... Ser tão agressivo em relação à própria dignidade. E sinto que essa administração tem passado por cima da dignidade do profissional. Principalmente, não reconhece o esforço, tudo... (E 12)

Em função da questão de estrutura, duas das entrevistadas falam sobre a falta de tempo para conseguirem efetuar algumas ações que, para elas, teriam maior resolutividade, inclusive, preconizada pelo próprio modelo.

Não dá pra gente ter esse cuidado com todo mundo. Nem todo caso requer isso tudo, mas, às vezes, falta tempo e condições mesmo pra gente conseguir fazer as coisas num modelo que a gente aprende que seria o ideal, fica meio utópico. (E 9)

A oportunidade de serem ouvidas foi aproveitada pelas psicólogas. Todas falaram como protagonistas, atrizes, profissionais desse processo. Expressaram com clareza, seus pontos de vista a respeito do projeto PAIDÉIA, de suas diretrizes. Falaram do

local de trabalho, do cotidiano, da relação com os outros trabalhadores, do contato com as necessidades dos usuários e todas as dificuldades do trabalho.

Estão na linha de frente do processo de mudança da assistência em Saúde Mental, lugar da pressão de um modelo instituído e reconhecido socialmente, colocado em questionamento pelo modelo instituinte. Assim, sofrem a pressão das diretrizes, do Governo e vivenciam a todo momento uma relação de enfrentamento que leva ao sofrimento e angústia. Por outro lado, são capazes de sentir prazer com o próprio trabalho e reconhecer que as mudanças são processuais e difíceis de serem vivenciadas, apesar de propiciarem novas e interessantes experiências.

CONCLUSÃO

“O SHOW DE TODO ARTISTA TEM QUE CONTINUAR”...

A Secretaria Municipal de Saúde de Campinas está investindo, desde 2001, na implantação de um modelo assistencial, o PAIDÉIA. Dentro dele, a política de saúde mental assume características muito marcantes, como mostra o Capítulo 2. Esta política resulta, como era de se esperar, em forte impacto sobre os processos de trabalho dos psicólogos inseridos em Centro de Saúde, freqüentemente indo de encontro às suas representações e identidade profissional. Essa investigação foi um esforço de caracterizar como estes profissionais têm se posicionado diante da política de Saúde Mental do PAIDÉIA e como vêem os impactos sobre suas práticas concretas.

Como já apontei na Metodologia, eu, como protagonista (gestora) da saúde mental, tive que transitar o tempo todo, de uma posição de Governo, muito empenhada com essa política que defendo, por considerá-la adequada, a uma posição de pesquisadora, comprometida em fazer a escuta dos psicólogos frente tal política e os impactos na sua vida cotidiana, identidade profissional e nas representações dos colegas de profissão.

Para que este trabalho possa ser útil para o projeto PAIDÉIA e para os atores envolvidos no processo, passo a pontuar os avanços e dificuldades, e apontar algumas possibilidades de superação de alguns dos cerceamentos encontrados no caminho de construção desse novo modelo tecno-assistencial em Saúde Mental.

Algumas indicações são possíveis, com base no material colhido, apontando caminhos para o modelo recém-implantado, embora assumo, ainda, características de controle e imposição, sentidos pelas psicólogas.

De qualquer forma, quando parto dos paralelos auto-referente e compartilhamento, possibilidades e cerceamentos, consultório e território, assumo a coexistência de duas idéias, a ambigüidade e contradições da prática e do discurso.

Está presente todo o tempo, no texto de todas as psicólogas, a contradição entre a identidade profissional do psicólogo, associado ao consultório e às psicoterapias e a prática do matriciamento, com suas possibilidades e cerceamentos, aliado à saída para o território. Assim, uma mesma entrevistada afirma ser importante o apoio matricial, algo que mostra bons resultados, mas, ao mesmo tempo, considera-o excesso de trabalho e fator de diminuição de sua carga horária para o consultório.

O matriciamento é o dispositivo instituinte estratégico para o sucesso do novo paradigma, dependendo, em grande medida, da radicalidade com que é compreendido/praticado pelas psicólogas. Quanto mais compartilhado, maior a capacidade de integralidade na assistência, maior a inserção no território, maior a possibilidade de ampliar a clínica, sendo, portanto, um guarda-chuva conceitual que merece especial atenção.

A superação do modo auto-referente de matriciar torna-se o ponto chave para que a psicóloga consiga dividir funções com os outros profissionais e, dessa forma, iniciar o processo de reversão da demanda, na qual, pessoas com necessidade de orientação e de uma escuta mais acolhedora (crianças com queixas de comportamento, mulheres políqueixosas, por ex.) possam ser ouvidas por outros profissionais e beneficiadas com outros tipos de ações, que não as psicoterapias e grupos de orientação feitos pelas psicólogas. Há indicações de que o atendimento clínico permaneça problemático (demanda crescente) na visão das psicólogas, na medida em que o matriciamento não daria conta de toda a demanda psi.

Experiências, como algumas das citadas pelas entrevistadas e, que já vêm sendo desenvolvidas em alguns CSs, como, os grupos de caminhada com relaxamento, Lian Gong, artesanato, grupos de orientação de mães com pediatras e enfermeiras, entre outros são exemplos de como criar alternativas eficientes e capazes de levar a uma maior autonomia e crescimento das pessoas, revertendo a prática psicologizante e medicalizante tão amplamente desenvolvidas pela Saúde Mental. Para desenvolver tais atividades, as psicólogas encaram de frente um desafio para o qual não foram preparadas durante a formação.

Dessa forma, a figura do matriciador da Saúde Mental, nesse caso as psicólogas, torna-se fundamental para o projeto PAIDÉIA, fazendo diferença na equipe, quando consegue compartilhar e compor com a mesma, no sentido de pensar outros projetos e de desmistificar a demanda quando discute casos e constrói com a equipe projetos terapêuticos, no qual muitas vezes a sua parte é a psicoterapia, ou a orientação dos pais, mas que abrange outros atores sociais e outras práticas também fundamentais que melhoram a resolutividade de casos, anteriormente atendidos só pela psicologia ou pela saúde mental.

O cerceamento está bastante ligado, no discurso delas, às faltas, sendo na verdade um mix entre a falta real de mais profissionais da saúde mental e a mudança no processo de trabalho de quem já está envolvido no projeto. Há uma certa tendência em colocar no outro a possibilidade de mudança, sem uma crítica necessária ao seu próprio processo de trabalho. Assim, surgem representações nas quais a falha do projeto é a falta de RH, mas existe nessa mesma fala uma forte defesa do modelo da APS, o que coloca o discurso em contradição e remete à reflexão de que apenas mais RH, não é suficiente, embora necessário para a efetivação do projeto.

Quanto mais auto-referente o matriciamento, mais o trabalho da psi torna-se repleto de cerceamentos, em particular, casos que continuam chegando primeiro para a mental, lista de espera para primeiro atendimento, baixa resolutividade dos casos em acompanhamento com a não discussão de PTS, sobrecarga de trabalho, entre outros.

O processo de trabalho das psicólogas, traduzidas pelas técnicas utilizadas, não se alteram na mesma medida necessária para a reversão do modelo. A psicoterapia ainda é o carro chefe da maioria das psicólogas e por algumas traduzida no fazer adequado da profissão. Fica claro, por várias entrevistas, como a idéia de “publicizar” a sua prática é estranha às representações/identidade das entrevistadas e precisa ser levado em conta no processo de implementação da nova política.

Derivam dessas questões um grande sofrimento por parte das psicólogas, diante do aumento real da demanda com o maior acesso aos CSs, a falta de profissionais da saúde mental e de materiais para desenvolver suas atividades e a sensação velada (por algumas escancarada!) de que o gestor e sua diretriz estão estraçalhando o núcleo do psicólogo, pois

existe uma identificação deste com a técnica da psicoterapia, que advém da formação e do reconhecimento social que associa o psicólogo ao consultório.

Várias instituições atravessam a prática do psicólogo: a formação, o ideal do profissional liberal e as instituições teóricas. Cada uma dessas instituições seriam paralisadoras no sentido de não poderem se concretizar, conforme o idealizado, no serviço de saúde pública. Institui-se o lugar da falta, da impossibilidade, do não criar. Novamente, no lugar ideal (consultório particular) seria possível ser o profissional ideal.

Fica, no imaginário, o idealizado e o psicólogo busca repetir a prática tida como ideal, sentindo-se muitas vezes impotente por não poder reproduzir o padrão desejado.

Entendo que o núcleo de trabalho do psicólogo é o sofrimento psíquico, as dificuldades relacionais. A psicoterapia é uma das técnicas para lidar com esse sofrimento e não o núcleo. Assim, o projeto, ao exigir a saída do consultório, o faz com a força necessária a uma diretriz, mas traz aliada a isso um convite à reflexão sobre a própria prática e as técnicas utilizadas para enfrentar o sofrimento.

Percebo que há uma assombração da psicoterapia, do enquadre do consultório, como locais privilegiados para a relação vincular. Sair para o território não significa acabar com a possibilidade de relação e de vínculo, significa mudar o “setting”, o enquadre, de tal forma que o encontro possa acontecer em outros espaços, compreendendo inclusive, que para quem tem dificuldade de estar na vida com outras pessoas, na relação com outros, pode se beneficiar muito mais de um acompanhamento terapêutico, por ex., do que de uma psicoterapia. Sem desconsiderar que, para alguns, o consultório continuará sendo o espaço primordial de seu tratamento.

Aliado a isso, existe uma diretriz que se impõe com força e autoridade e pressiona, tensiona o trabalhador, exigindo dele uma nova forma de atuação para a qual não foi preparado e com a qual muitas vezes não concorda. Por um lado, a diretriz fala da autonomia e do desejo do trabalhador, de outro se impõe como política oficial, capturando o trabalho vivo das psicólogas, exercendo controle sobre suas ações.

É nessa contradição entre a formação e o peso do modelo que essas trabalhadoras vão construindo o seu cotidiano. Para o projeto de saúde mental, o peso da APS, tão incorporado na prática e no discurso das psicólogas torna-se um obstáculo a ser

superado, apesar do discurso similar das ações preventivas e promotoras de saúde que permeiam o PAIDÉIA, o peso da hierarquização com seus níveis de complexidade se opõe totalmente ao ideário da territorialização proposto pelo PAIDÉIA.

Na APS, o centro da organização são os serviços. No modelo territorializado, é o território e a rede de relações que nele acontecem; no primeiro, o sujeito deve se encaixar no programa de atendimento ou ser encaminhado para o serviço competente, no segundo, os profissionais responsáveis pensam junto com esse sujeito um projeto terapêutico de acordo com as necessidades de cada um, o foco é a pessoa e sua família.

Um dos pontos levantados durante as entrevistas é a não diminuição da demanda para a saúde mental. Ao contrário, as características de acolhimento do Paidéia parecem “produzir” uma demanda sem fim por atendimento em saúde mental, o que é motivo de angústia para as psicólogas. A reversão da demanda, segundo a proposta de saúde mental do Paidéia, dar-se-ia com a responsabilização por parte da equipe de referência de casos oriundos do sofrimento, o que parece não estar ocorrendo na percepção das entrevistadas e das equipes.

Apesar disso, algumas das psicólogas, têm introduzido novas ações para além da prática de consultório, que se traduzem em ampliar a própria clínica e o apoio matricial às equipes de saúde da família.

De qualquer forma, não há diretriz governamental que mude, por imposição, a subjetividade e o desejo das pessoas, isso foi dito por várias delas, quando relatavam a experiência do matriciamento. O mesmo ocorre em relação à forma como vêem e sentem o projeto. Muitas afirmam não entender certos conceitos e diretrizes. Na verdade, não basta entender, não fica no nível da razão, mas no do sentido que imprimem às suas práticas concretas. Para algumas, talvez não faça sentido parar de atender em consultório e fazer acompanhamento terapêutico, ou diminuir o horário de triagem e avaliação para fazer o apoio matricial. Dessa forma, a resistência se instala velada e aparece na queixa da falta de tempo e da sobrecarga, que não é fictícia, é real, fazendo então sentido.

O gestor, nessa questão, não conseguiu suprir as faltas e nem gerou desejos que levariam à criação do sentido. O gestor fala do alto, de fora, abana a bandeira, mas não consegue fazer entrar o discurso. Assim, de um lado vemos as psicólogas reclamando do

excesso de demanda, das dificuldades de implementar, na prática, as diretrizes do PAIDÉIA e, do outro, o gestor com dificuldade de fazer uma escuta mais cuidadosa das posições dessas psicólogas, pois aposta na mudança do processo de trabalho de alguém para quem o projeto pode não ter sentido.

Quando o projeto instituinte fala ao desejo, ao sonho, o trabalhador torna-se mais permeável à mudança. Ao contrário, quando ele não acredita no que manda a diretriz, torna-se muito difícil a transformação do modelo. Dessa forma, é primordial a escuta desses trabalhadores da saúde mental, já que o apoio matricial é um disparador para projetos e o fortalecimento do PAIDÉIA.

O tempo político do gestor nunca corresponde, exatamente, ao tempo dos trabalhadores. São tempos e ritmos necessariamente diferentes. Neste sentido, o instituinte e o instituído se dão a um mesmo tempo, num fazer junto. Processo de transformação que passa pela organização do processo de trabalho, pelo desejo, pelo encontro, pela relação entre usuários e trabalhadores, que necessita ser mediada pelo gestor.

A mudança de cultura, de jeito de fazer, da clínica, não se dá por decreto, por receita ou apenas desejo do gestor. É necessário um processo de construção que se dê no cotidiano e que considere o desejo do trabalhador, a sua capacidade de autonomia criativa. Apesar disso, na prática, o que aparece na fala das psicólogas é a idéia de que a política oficial passa por cima de seus desejos e escolhas. O que salienta a contradição. De um lado, o apoio matricial é fundamental para o projeto como um todo, e para o gestor é fundamental que ele ocorra de fato; de outro, as trabalhadoras falam de suas dificuldades, e da não escuta das mesmas, o que coloca o protagonismo delas em total fragilidade e abandono.

Para que o instituinte possa tornar-se instituído, é necessário um certo controle e o exercício da autoridade na forma da diretriz, de tal forma que possam ser mediadas as necessidades de saúde das pessoas e o desejo dos trabalhadores. O que coloca a gestão sempre em lugar estratégico, isto é, de disputa de um determinado projeto, com todos os enfrentamentos necessários.

Na verdade, a mesma disputa de modelo enfrentada pelas psicólogas na “ponta” é enfrentada, pela saúde mental, em todos os níveis. Um dos grandes problemas é a dificuldade do gestor local, o coordenador do CS, de entender (fazer sentido) e assumir o projeto da saúde mental como da unidade e não apenas dos profissionais da mental. Não há um direcionamento para a concretização do projeto, como bem descrito em suas falas, há um abandono em alguns locais, no sentido de deixar só para essas profissionais a tarefa de implantar e implementar o projeto.

Mesmo no nível distrital, a mental continua “assombrosa” e estranha para a grande maioria, havendo, portanto uma dificuldade de integração com as outras áreas da saúde. Ao mesmo tempo, o gestor cobra do profissional que está na “ponta” que ele dê conta dessa integração, o que não é uma tarefa fácil.

O descompasso entre a forma de ver, entender e assumir o projeto faz parte do processo, mas leva a um grande desgaste por parte das profissionais que se envolvem mais, levando ao cansaço e à sobrecarga de trabalho.

É interessante que parece ser mais fácil instituir o projeto, a mudança, em locais onde não haviam equipes mínimas de saúde mental, pois os profissionais desses lugares não tinham um modelo anterior definido de como atuar, no qual se espelhar. O que aponta a força do modelo instituído nos centros de saúde com equipes de mental.

As psicólogas relatam haver uma dificuldade dos profissionais em entenderem qual o papel delas na equipe de referência, passando pelo de fiscal, supervisor, mágico, especialista com função definida, entre outros.

Existem dificuldades que são próprias da relação com a equipe e a resistência que surge em função da angústia sentida em lidar e entrar em contato com o sofrimento do outro. Esse é um dos alertas feitos pelas psicólogas, a dificuldade enfrentada pelas equipes e profissionais de se colocarem nesse lugar de escuta, quando eles próprios entram em sofrimento.

De certa forma, uma das dificuldades dos profissionais da mental ou não, de assumirem a desinstitucionalização com radicalidade, vem do alívio sentido com a lógica da hierarquização, na qual se encaminhava para outros serviços os pacientes mais difíceis,

de maior complexidade. Com a territorialização, existe a necessidade de responsabilização que coloca o profissional de frente com o sofrimento do outro e muitas vezes com sua própria impotência. Assim, é uma realidade que trabalhar nessa lógica é mais difícil.

Apesar disso, é reconhecido pelas psicólogas a importância de conhecer o território e contextualizar o sofrimento das pessoas, havendo através da relação com a equipe a possibilidade de uma maior integralidade na assistência.

As psicólogas apontam, nas entrevistas, que ações que, anteriormente, eram feitas por elas de maneira informal, e que agora são diretrizes instituídas, mas que ainda assim ocorrem, dependendo da boa vontade de cada profissional. A mudança do modelo fica caracterizada pelo esforço pessoal dos trabalhadores. O gestor está de certa forma afastado do processo, na compreensão da maioria das psicólogas.

Existe uma lentidão processual que angustia as psicólogas, justificadas em parte pela falta de recursos humanos, que dificulta a implementação do modelo, mas, contraditoriamente, as próprias práticas psi pouco são questionadas, confirmando o antigo modelo na assistência em saúde mental.

A lógica ainda é a do modelo instituído de atenção primária à saúde, na qual oferecem-se programas e quando a pessoa não se encaixa neles é porque não soube aproveitar ou valorizar o que lhe foi oferecido. Desse descompasso, surge um sentimento de frustração e impotência, e a avaliação de que são necessários mais profissionais para desenvolver as mesmas práticas.

Coexistem na fala das psicólogas dois modelos, que na sua contradição, fazem movimentos de avanço e retrocesso. Muitos são os avanços citados: a criação das equipes de PSF que, na lógica de uma assistência territorializada, possibilitam uma maior integralidade e resolutividade; os trabalhadores conseguem ter uma visão ampliada dos processos que envolvem o adoecimento das pessoas, co-responsabilizando-se pelos casos; há uma integração e coesão maior entre os trabalhadores; inicia-se um processo de reversão da lógica psicologizante e psiquiatrizante na assistência, com a possibilidade de se encarar as queixas de maneira contextualizada. Os “casos da mental” tornam-se, cada vez mais, os “casos da equipe”.

A não participação nas equipes de PSF, segundo a própria fala delas, torna-se um fator de cerceamento ao trabalho do apoio matricial, um dificultador na interlocução e na mediação dos casos. Ademais, há que se considerar, como já foi dito, que a demanda clínica parece seguir aumentando, na percepção das psicólogas e elas se sentem impotentes para dar resposta ao sofrimento trazido pelas pessoas!

Existe uma força instituinte que pode se tornar instituída, dependendo da mudança no processo de trabalho, que transforma a cultura e as relações de poder. Este é um processo em construção, no qual as pessoas estão aprendendo um novo caminho na atenção, no qual é possível com o matriciamento compartilhado, as trocas, divisões de saberes e funções, havendo a partir disso uma nova forma de pensar que, por sua vez, auxilia na mudança da prática cotidiana.

As psicólogas apontam, como mudança importante, a criação das equipes de PSF, que levam ao crescimento profissional de todos os envolvidos e à criação de uma relação de respeito e afeto. A partir do matriciamento, é possível os profissionais passarem a olhar diferente para as questões da mental, levando a uma mudança na postura, na escuta, no acolhimento, ampliando a clínica de todos.

A relação com as escolas e ações intersetoriais aparecem tanto como dificuldades, quanto como avanços nos locais onde se conseguiu implantar um outro modo de ver e pensar a saúde mental. As escolas, de uma maneira geral, não reconhecem o novo modelo e relacionam-se com a saúde de maneira burocrática, sempre na tentativa de encaminhar os casos. Encaminhar significando “livrar-se do problema”, tal qual era no modelo da APS. Classificam como desassistência o não atendimento de seus pedidos. As tentativas formais de discussão não funcionam devido à grande resistência dos educadores. As experiências alternativas, de entrada nas escolas, têm se mostrado mais eficientes e prazerosas para ambas as partes, melhorando as relações institucionais e a condução dos casos.

A formação do psicólogo mantém-se distante da prática no serviço público, havendo nesse sentido, a necessidade de uma maior aproximação e apropriação da universidade das demandas que serão encontradas na prática de quem ingressar na saúde pública.

Em relação ao papel do gestor, as críticas mais freqüentes dizem respeito à falta de RH e materiais (minimamente necessários) e o fato do gestor não ter conseguido aumentar o número de profissionais da saúde mental na mesma proporção com que aumentou o número de equipes de PSF e, conseqüentemente, a demanda. Especificamente, os psicólogos, estão em número defasado em relação à necessidade na atenção básica. A outra crítica freqüente diz respeito à relação do gestor com os profissionais que, em virtude do tempo político e institucional, sofreu um afastamento desses no decorrer do processo.

A gestão parece envolvida num tempo diferenciado dos trabalhadores e avaliada negativamente, pelo seu afã em implementar o projeto com novos serviços e executar mudanças, sem cuidar do que já foi feito. Existe o sentimento de que o trabalhador fica com o duro encargo de segurar uma demanda cada vez maior e mais sofrida. Dessa forma, o gestor é visto como irresponsável por algumas das entrevistadas.

As falas e sentimentos em relação à gestão denotam um certo pessimismo e descrédito em relação à capacidade do gestor de ter uma escuta adequada às dificuldades encontradas no processo, o que se traduz em sensação de abandono, apesar de reconhecerem a supervisão clínica e as capacitações como um suporte para a sua inserção prática.

O gestor parece incapaz de reconhecer a especificidade do trabalho do psicólogo, sentem-se ameaçadas em função da diretriz que impõe uma nova prática e que desestabiliza a identidade profissional do psi, pois o “obriga” a sair do consultório. O gestor vive um tempo diferenciado, o tempo político da gestão, que, portanto, requer pressa, tensionando o trabalhador que, por sua vez, sente-se demasiadamente cansado, ou seja, a mudança de modelo está calcada na mudança de processo de trabalho, que leva a um desgaste das relações entre trabalhadores e gestores.

Há o sentimento de que o gestor passou para o profissional da mental a tarefa de fazer a mudança, há um descrédito na possibilidade de radicalização do projeto. Apesar da mudança só ser possível com a participação de todos os atores envolvidos.

A diretriz é sentida como imposta, informativa e pouco reflexiva. Não existe, no tempo político, a possibilidade de construção democrática de um novo modelo, esse é o ônus de ser governo, de ser gestor. De qualquer forma, cabe pensar a respeito da idéia de

que talvez não houve espaços suficientes para a reflexão sobre as propostas do projeto e a execução prática das mesmas com essas trabalhadoras.

A análise dos temas possibilitou vislumbrar que as psicólogas que conseguiram se inserir de maneira mais efetiva nas equipes de PSF estão conseguindo ter uma maior resolutividade no trabalho. Fato esse diretamente ligado à eficácia do apoio matricial, apesar das muitas dificuldades em produzir mudança de cultura e de assistência em saúde mental, permitindo um trabalho mais fluido e prazeroso.

Em contrapartida, as psicólogas que ainda têm no centro de seu fazer a própria assistência, sentem-se mais sufocadas e angustiadas pela demanda e pela agenda, percebendo com maior dificuldade algum tipo de mudança no próprio processo de trabalho e do outro.

No enfrentamento dessas dificuldades, seria necessário um empenho maior por parte do gestor, em todos os níveis, de acompanhar cotidianamente a prática do matriciamento, para junto com esses trabalhadores poder pensar e avaliar a forma como o mesmo tem sido desenvolvido, empenhando-se em uma análise crítica e construtiva que leve ao compartilhamento.

As capacitações voltadas para essa prática também devem ser consideradas, já que a formação não prepara para esse trabalho. As trocas entre os diversos profissionais e experiências também seriam interessantes no sentido de publicizar e refletir sobre o que tem sido feito até o momento.

A contratação de mais trabalhadores, para locais onde a defasagem é realmente grande, melhoraria a credibilidade desses trabalhadores no gestor, bem como o fornecimento de materiais para oficinas e centros de convivência.

A relação com o usuário também carece de um investimento para o fortalecimento das relações entre trabalhadores, usuários e gestores. Há necessidade de uma reflexão crítica das necessidades de saúde e a construção de uma nova cultura na assistência em saúde mental que produza autonomia e cidadania.

A forma de inserção desses profissionais no serviço público também merece ser revista, pois alguns desses trabalhadores não têm o preparo e dinamismo necessário para o trabalho em CS, acabando por repetir, nesse contexto, a prática idealizada do consultório.

Uma mudança de modelo com a radicalidade proposta pelo PAIDÉIA, requer o empenho de todos os envolvidos e o desejo e esperança que só quem acredita no que faz é capaz de ter. Portanto, cabe nesse processo, continência à angústia sentida pelas psicólogas, acolhimento a seus tropeços e muitos aplausos para as belas experiências das quais têm sido protagonistas dentro do consultório e no território.

Ao final de cada entrevista, fazia a clássica pergunta: “tem algo mais que você queira dizer?”, uma delas me disse: “*Só falar que o pulso ainda pulsa...*” (E 7). Dizia isso no sentido de que acredita no trabalho que vem desenvolvendo e aposta no processo de mudança, e que, apesar do cansaço e de todos os enfrentamentos diários, sente-se viva. Ou que, apesar de uma diretriz de Governo que tem sempre um peso institucional, de imposição, que de alguma forma ameaça a visão do que elas acham certo e adequado, ela consegue ainda trabalhar, “manter-se psicóloga”, manter sua identidade e, por isso mesmo, ajudar as pessoas.

Enfim, com a investigação pude aprender que não há um alinhamento automático dos trabalhadores às diretrizes políticas dos Governos que, afinal, são transitórios e que qualquer estratégia de mudança deverá levar em conta que os trabalhadores em saúde não são uma “folha em branco”, na qual cada governante pensa poder imprimir sua marca!

“...Valeu a pena? Tudo vale a pena

Se a alma não é pequena.

Quem quer passar além do Bojador

Tem que passar além da dor.

Deus ao mar o perigo e o abismo deu,

Mas nele é que espelhou o céu”.

(Fernando Pessoa)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P.; GIVANELLA, L. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. p. 113-148.

BARROS, M. **O Livro das Ignoranças**. 10^a ed. Record, Rio de Janeiro, 2001.

BASTOS, A.V.B.; ACHCAR, R. Dinâmica Profissional e Formação do Psicólogo: uma perspectiva de integração. In: ACHCAR, R. (Coord.). **Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994. p. 245-271.

BEZERRA, B.J. A clínica e a reabilitação psicossocial. In: PITTA, A.M.F. (Org.) **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p 137-142.

BEZERRA, B.J. Considerações sobre Terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In: TUNDIS, S. A. ; COSTA, N.R. (Org). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. 6^aed. Petrópolis, RJ: Vozes/ABRASCO, 2000. p. 133-169.

BRAGA CAMPOS, F.C.; NASCIMENTO, S.P. **Reciclando a herança do preventivismo: das equipes mínimas em UBS ao Apoio Matricial em Saúde Mental às equipes de Saúde da Família**. Campinas/SP. 2003. (Mimeo).

BRAGA CAMPOS, F.C.; OLIVEIRA, J.J e NASCIMENTO, S.P. et al. **As Reformas, Sanitária e Psiquiátrica, mudando a atenção em Saúde Mental de Campinas/SP**. Campinas:SP. 2001. (Mimeo).

BRAGA CAMPOS, F.C. **O modelo da reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Campinas, 2000a. (Tese – Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP).

BRAGA CAMPOS, F.C. **O acompanhamento intensivo da criança: avaliação da Clínica Ampliada**. Projeto de Pesquisa, PUCCamp, Campinas: SP. 2000b.

BRAGA CAMPOS, F.C. O lugar da Saúde Mental na Saúde. In: F.C.B. Campos (Org.). **Psicologia e Saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992a. p. 47-57.

BRAGA CAMPOS, F.C. A saúde mental e o processo saúde-doença: a subjetividade na afirmação/negação da cura. In: F.C.B. Campos (Org.). **Psicologia e Saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992b. p. 41-46.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS: doutrinas e princípios**. Brasília, DF: Autor, 1990.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria De Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica o vínculo e o diálogo necessários**. Circular Conjunta 01/03. Brasília, DF: Autor, 2003.

CAMPINAS, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS. **O SUS Campinas**. Revista Virtual, Governo Democrático e Popular. Disponível em www.campinas.sp.gov.br/saude. 2001.

CAMPOS, G.W.S. **O método paidéia (da roda) aplicado à saúde coletiva**. Campinas/SP. 2001a. (Mimeo).

CAMPOS, G.W.S. **Clínica Ampliada**. Campinas/SP. 2001b. (Mimeo).

CAMPOS, G.W.S. **Políticas e práticas em instituições de saúde**. Curso de mestrado. DMPS/FCM/UNICAMP. Registro de aula, 2001c.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000a.

CAMPOS, G.W.S. **Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas**. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (2), 219-230, 2000b.

CAMPOS, G.W.S. **Aplicação dos conceitos de campo e núcleo na construção de uma clínica singular**. DMPS/FCM/UNICAMP. Mimeografado, 1997.

CAMPOS, G.W.S. **A clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada**. Mimeografado, Campinas/SP. 1996/1997.

- CAMPOS, G.W.S. Modelos de atenção em Saúde Pública: um modo mutante de fazer saúde. *Saúde em Debate*, 37 (12), 16-19, 1992.
- CAMPOS, R.H.F. A Psicologia Social Comunitária. In: CAMPOS, R.H.F, (Org.). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade a autonomia*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. p. 9-15.
- CAVALLARI, C.D. O Psicólogo na Saúde Pública. In: Congresso de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia, 2, 6ª Região, 1991, São Paulo. *Anais do II CONPSIC*. São Paulo: Oboré, 1992. p. 194-200.
- CECILIO, L.C.O. *As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção*. Campinas, 2001. (Mimeo).
- CECILIO, L.C.O. *Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada*. *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (3), julho/setembro, 1997.
- CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M.C.S. (Org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p.51-65.
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à crise. In: DELGADO, J. (Org.). *A loucura na sala de jantar*. São Paulo: Ed. Resenha, 1990. p. 53-79.
- GUARIDO, E.L.; BRAGA CAMPOS, F.C. *Clínica Ampliada é prática do psicólogo na Saúde Pública*. *Revista de Psicologia - CRP SP - Múltipla*, 1: 38-41, 2001.
- GUATTARI, F. *As três ecologias*. Campinas, SP: Papyrus, 2000.
- JACKSON, A.L.; CAVALLARI, C.D. *Estudo sobre a inserção dos psicólogos nas unidades básicas de saúde*. *Cadernos CRP-06*, 1991.
- LO BIANCO, A. C.; BASTOS, A. V. B.; NUNES, M. L. T.; SILVA, R. C. Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In: ACHCAR, R. (Coord.). *Psicólogo Brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.

LORA, A., MESTRINHO, E.; SMEKE, E.L.M. **Territorialização em saúde**. Campinas/SP. 2001. (Mimeo).

MARAZINA, I. A Clínica em Instituições. In: Congresso de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia, 2, 6ª Região, 1991, São Paulo. **Anais do II CONPSIC**. São Paulo: Oboré, 1992. p. 25-43.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde um desafio para o público**. Hucitec, São Paulo, 1997a. p. 197-228.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p. 71-112.

MERHY, E. E. et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 113-150.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. Hucitec, São Paulo, 2000.

MINAYO, M.C.S. **Quantitativo e Qualitativo em Indicadores de Saúde: revendo conceitos**. Campinas/SP. s/d. (Mimeo).

MORAES, C.H.A. e cols. **Psicologia no Centro de Saúde: do consultório à comunidade**. Trabalho de Conclusão de Curso, Instituto de Psicologia, São Paulo: PUCCampinas, 1999.

NICÁCIO, F.; KINKFF, F.S. O desafio do viver fora: construindo a Cooperativa Paratodos. In: BRAGA CAMPOS, F.C.; HENRIQUES, C.M.P. (Org.). **Contra a maré à beira mar: a experiência do SUS em Santos**. (ed.rev.). São Paulo: Hucitec, 1997. p. 167-177.

PESSOA, F. **Mensagem**. São Paulo: Companhia das Letras, 1998.

PINHEIROS, O.G. O Psicólogo na Saúde Pública. In: Congresso de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia, 2, 6ª Região, 1991, São Paulo. **Anais do II CONPSIC**. São Paulo: Oboré, 1992. p. 207-211.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 19-26.

PROGRAMA RADIS. **Sistema Único de Saúde. O que é? Como funciona?** Rio de Janeiro: Súmula, 81(julho), 2-3, 2001.

PSICOLOGIA, PARA UMA SAÚDE PÚBLICA INTEGRAL. **PSI – Jornal de Psicologia**. São Paulo, março/abril, 2001. p.10-13.

PSICOLOGIA 40 ANOS: A CARA DO COMPROMISSO SOCIAL EM SÃO PAULO. **PSI – Jornal de Psicologia**. São Paulo, julho/setembro, 2002. p.10-12.

RIBEIRO, C.S. e BRAGA CAMPOS, F.C. O salto para o mundo a construir. In: HARARI, A.; VALENTINI, W. (Org). **A reforma psiquiátrica no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 157-168.

ROTELLI, F. Desospitalização. In: Congresso de Psicologia, Conselho Regional de Psicologia, 2, 6ª Região, 1991, São Paulo. **Anais do II CONPSIC**. São Paulo: Oboré, 1992. p. 65-85.

ROTELLI, F. Superando o manicômio: o circuito psiquiátrico de Trieste. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1998. p. 149-169.

ROTELLI, F.; LEONARDIS, O.; MAURI, D. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec. 2001.

SARACENO, B. **Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível**. 2ª ed. Rio de Janeiro: TeCora/IFB, 2001.

SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. **Manual de Saúde Mental**. 2ªed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec. 1996. p. 13-18.

SCHRAIBER, L.B. **Desafios atuais da integralidade em saúde**. *Jornal da Rede Saúde*, 1999.

SILVA, R.C. A formação em Psicologia para o trabalho na Saúde Pública. In: BRAGA CAMPOS, F.C.; HENRIQUES, C.M.P. (Org.). **Psicologia e Saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 25-40.

SPINK, M.J. Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In: BRAGA CAMPOS, F.C.; HENRIQUES, C.M.P. (Org.). **Psicologia e Saúde: repensando práticas**. São Paulo: Hucitec, 1992. p. 11-23.

CAMPINAS, SMS/PROGRAMA PAIDÉIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Caderno da 1ª Conferência Municipal de Saúde Mental**. Campinas/SP, 2001.

CAMPINAS, SMS/PROGRAMA PAIDÉIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA. **Campinas Referência na Atenção a Saúde**. Campinas/SP: Folheto informativo SMS/PMC, 2002.

TESTA, M. Análisis de instituciones hipercomplejas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em Saúde um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 17-70.

TOFOLO, T.M.J.A. O Psicólogo na Saúde Pública. In: Congresso de Psicologia, 2, Conselho Regional de Psicologia, 6ª Região, 1991, São Paulo. **Anais do II CONPSIC**. São Paulo: Oboré, 1992. p. 211-216.

ANEXOS

Dados complementares:

Iniciais: _____ Idade: _____ CS: _____

Tempo de casa: _____

Formação: _____ Tempo de formada(o): _____

Sente que foi preparada(o) para o trabalho em Saúde Pública:

() sim () não Porque? _____

Outras atividades : _____

Cursos, especializações, etc.: _____

Em relação ao seu trabalho em Centro de Saúde, sente-se...
