

MARCELA SPINARDI CINTRA

**POSSIBILIDADES DE INTERFACE ENTRE A
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO
BÁSICA DO SUS E A PSICOLOGIA SOCIAL**

PUC-CAMPINAS

2017

MARCELA SPINARDI CINTRA

**POSSIBILIDADES DE INTERFACE ENTRE A
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO
BÁSICA DO SUS E A PSICOLOGIA SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Strictu Sensu* em Psicologia do Centro de Ciências da Vida – PUC-Campinas, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia como Profissão e Ciência.

Orientadora: Prof^a Dr^a Marcia Hespanhol Bernardo.

PUC-CAMPINAS

2017

Ficha Catalográfica
Elaborada pelo Sistema de Bibliotecas e
Informação - SBI - PUC-Campinas

t150.23
C575p

Cintra, Marcela Spinardi.

Possibilidades de interface entre a atuação do psicólogo na atenção básica do SUS e a psicologia social / Marcela Spinardi Cintra. – Campinas: PUC-Campinas, 2017.
136p.

Orientadora: Marcia Hespanhol Bernardo.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia. Inclui bibliografia.

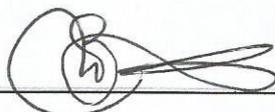
1. Psicólogos. 2. Psicologia social. 3. Sistema Único de Saúde. I. Bernardo, Marcia Hespanhol. II. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Pós-Graduação em Psicologia. III. Título.

22.ed.CDD – t150.23

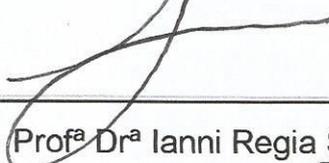
MARCELA SPINARDI CINTRA

**POSSIBILIDADES DE INTERFACE ENTRE A
ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO NA ATENÇÃO
BÁSICA DO SUS E A PSICOLOGIA SOCIAL**

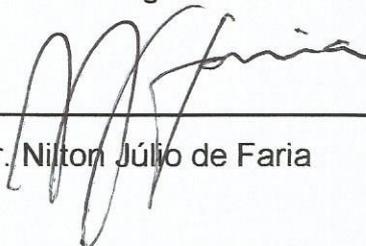
BANCA EXAMINADORA



Presidente Prof^a Dr^a Marcia Hespanhol Bernardo



Prof^a Dr^a Ianni Regia Scarcelli



Prof. Dr. Nilton Júlio de Faria

PUC-CAMPINAS

2017

*Aos meus avós, Lino e Estela, à minha
mãe, Cristina, e minha irmã, Lili, com
todo meu amor.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha mãe, Cristina, e à minha irmã, Lili, por todo o aprendizado que tive, por tudo que passamos juntas e por eu ser quem eu sou hoje. Sou eternamente grata a vocês, por tudo que fizeram por mim. Eu amo vocês!

Aos meus avós, Lino e Estela, por todo apoio que me deram para que eu chegasse até essa etapa.

Aos demais familiares, que, mesmo não citando nomes, sabem que tem grande importância em minha vida e também tem meus mais sinceros agradecimentos.

À Marcia, minha orientadora desde o começo da minha vida acadêmica. Me acolheu no grupo de pesquisa quando eu ainda era uma aluna do 4º ano da graduação e, desde então, a convivência semanal durante todos esses anos me fez ter uma outra visão sobre o que é a vida. Obrigada por acreditar em mim durante esses quatro anos de estudos, me ensinando cada dia mais, tanto na vida pessoal como na minha vida acadêmica.

A todos os membros do grupo de pesquisa, tanto os ainda presentes como aqueles com quem tive contato durante todos esses anos e que, com certeza, contribuíram com discussões, pré-bancas, leituras e também lendo os meus textos – tanto os da Iniciação Científica como agora do Mestrado. Agradeço especialmente aos colegas do grupo que participaram como arguidores da minha pré-banca Daniel – que muito me ajudou com a sua vivência na rede –, Thiago, Fernando e Mariana, pelas considerações sobre o meu trabalho. E

também às colegas Lili e Johanna, que se dispuseram a estar na banca da minha Defesa, mesmo como suplentes.

Ao Prof^o Julio, primeiramente por ter me mostrado, no final da graduação, essa possível área de atuação do psicólogo que é a Saúde Pública, pela qual tive grande interesse e que me despertou o tema para o Mestrado. Agradeço também pelas contribuições na banca de Qualificação e pela participação na minha Defesa.

À Prof^a Dr^a Ianni Scarcelli, pela participação em minha Defesa e contribuir com sua experiência para que a minha pesquisa pudesse ser mais rica.

Aos participantes da minha pesquisa, que se dispuseram a me acolher em seu agitado ambiente de trabalho, para contribuir com o meu aprendizado. Agradeço as horas que passamos juntos e as discussões que tivemos, que, com certeza, só acrescentaram em minha vida profissional e pessoal. Sem a contribuição de vocês, essa pesquisa não seria possível. Agradeço também aos demais trabalhadores que, mesmo não sendo destaque dessa pesquisa, me acolheram de forma muito amigável em seus Centros de Saúde e contribuíram com o seu olhar para que essa Dissertação fosse a mais completa possível. Muito obrigada!

À CAPES, pelo financiamento da bolsa e à PUC-Campinas, instituição que me formou psicóloga e agora me verá ser Mestre.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas que contribuíram para a minha formação no Mestrado.

Aos colegas do Mestrado, pelas horas de discussão, por compartilhar os momentos de tensão com os prazos, provas, trabalhos e também os momentos

de alegria em alguns encontros que realizamos. Agradeço especialmente à minha amiga Jéssica, amizade essa construída logo na graduação e que só se fortaleceu durante os anos em que fizemos o Mestrado juntas na PUC. Aos meus amigos Andreia e Carlos Eduardo, por nossas vidas terem se cruzado nessa etapa tão importante.

Aos grandes amigos Lucian e Dani, amizade também construída na graduação e que perdura até os dias de hoje, pois, nem a distância e nem o tempo fizeram com que ela acabasse. Agradeço todos os momentos que tivemos, todas as conversas, ensinamentos, discussões e risadas (que não foram poucas) que tivemos.

E, por fim, mas não menos importante, ao meu namorado Luis Fernando, meu companheiro de todas as horas, por ouvir meus desabafos e por me empurrar sempre pra frente, acreditando que seria possível. Obrigada por tudo.

O que antes parecia não mais que um problema alheio foi se fazendo desejo de menos sangue no dia, um tanto mais de alegria.

Compromisso cidadão com humanas necessidades, direito de ser inteiro corpo são, sábios sentimentos.

Inteiros se dando ao projeto de um jeito brasileiro de limpar a mão da história com gestos de sujo empenho.

Como quem espalha vento, uns tantos desbravadores sopraram provocação, construíram estandartes, pavimentaram trajetos.

Acordou a Psicologia.

Hoje já é um levante, por saúde todos os dias.

Há um sonho bailando no vento, que é branco tormento, suave desafio.

Para cada um ter o sono que pensamos merecer, só se tivermos todos, o mesmo humano direito, de acolhimento sincero, competente e generoso, do viver e do adoecer.

Ana Lucia Cortegoso (Humano Direito)

LISTA DE ABREVIATURAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Apoio Psicossocial

CECO – Centro de Convivência

CIC – Centro de Integração da Cidadania

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

CS – Centro de Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSF – Programa de Saúde da Família

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

WHO – World Health Organization (sigla em inglês da OMS)

RESUMO

Cintra, Marcela Spinardi. *Possibilidades de Interface entre a Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social*. 2017. 136f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2017.

A visão de que o *fazer* dos psicólogos é clínico, pautado no modelo biomédico, se apresenta ainda muito enraizado no discurso deles próprios e dos demais profissionais. Parecem, assim, compreender que essa atuação é a principal, senão única, forma de a Psicologia contribuir com os usuários do sistema de saúde e com a comunidade. Porém, existem profissionais que procuram atuar de acordo com os princípios do SUS, se baseando em abordagens críticas da Psicologia, como aquela que se desenvolveu na América Latina. Esses profissionais se aproximam das comunidades e apresentam uma prática diferenciada com relação à tradicional. Assim, o objetivo desta pesquisa é conhecer práticas de alguns psicólogos inseridos na Atenção Básica, buscando identificar as bases que as fundamentam e se estão em consonância com a Psicologia Social Crítica. Essa pesquisa tem caráter qualitativo, usando a pesquisa participante como método, juntamente com a realização de entrevistas abertas. Participaram da pesquisa três psicólogos que atuam em Unidades Básicas de Saúde da cidade de Campinas. Nos resultados da pesquisa, pode-se observar que o posicionamento ético político do profissional é fundamental para se ter uma atuação crítica e contextualizada, bem como uma formação voltada para a atuação no SUS. Mostra-se também considerações sobre as práticas desses profissionais, como o trabalho realizado para além dos muros dos Centros de Saúde e também traz as relações estabelecidas com os conceitos da Psicologia Social Crítica. Também aparecem questões que emergiram da participação nas suas ações cotidianas, como a interdisciplinaridade, a hierarquia nas relações e a influência do social no cuidado em saúde.

Palavras-chave: Psicologia Social Crítica; SUS; Atenção Básica; pesquisa participante.

ABSTRACT

CINTRA, Marcela Spinardi. *Possibilities of Interface between the Psychologist's Performance in the Primary Health Care of SUS and Social Psychology*. 2017. Dissertation (Master's Degree) – Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Campinas, 2017.

The idea that what psychologists do is clinical, based on the biomedical model, is still very much rooted in their own discourse and the other professionals. They seem to understand that this action is the main, if not the only, way for psychology to contribute to the users of the health system and to the community. However, there are professionals who seek to act according to the principles of SUS, relying on critical approaches to psychology, such as that developed in Latin America. These professionals approach the communities and present a differentiated practice in relation to the traditional one. Therefore, the objective of this research is to know the practices of some psychologists inserted in Primary Health Care, seeking to identify the bases that underlie them and if they are in consonance with Critical Social Psychology. This research has a qualitative character, using participatory research as a method, together with the conduct of open-ended questions interviews. Three psychologists who work in Health Centres of the city of Campinas participated in the study. In the research results, it can be observed that the professional's ethical and political views are fundamental to have a critical and contextualized performance, as well as being shaped to perform at SUS. There are also considerations about the practices of these professionals, such as the work performed beyond the walls of the Health Centres and it also brings the relations established with the concepts of Critical Social Psychology. Questions that emerged from participation in their daily actions, such as interdisciplinary, hierarchy in relationships and social influence in health care also arose.

Keywords: Critical Social Psychology; SUS; Primary Health Care; participatory research.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS	1
RESUMO	11
APRESENTANDO A PESQUISA... ..	14
1. COMEÇANDO A PESQUISA.....	21
1.1 – <i>Sobre a Saúde.....</i>	21
1.1.1 – <i>Sobre os conceitos de saúde e de promoção de saúde.....</i>	21
1.1.2 – <i>Dos movimentos sociais ao surgimento do Sistema Único de Saúde: resgate histórico.....</i>	30
1.1.3 – <i>Sobre o Sistema Único de Saúde: organização e propostas.....</i>	35
1.1.4 – <i>A atuação do psicólogo na Atenção Básica.....</i>	44
1.2 – <i>Sobre a Psicologia Social Crítica.....</i>	51
3.2.1 – <i>Psicologia Social Crítica: de que estamos falando?</i>	52
1.2.2 – <i>O cotidiano como base para a conscientização e o empoderamento.....</i>	60
2. FAZENDO A PESQUISA.....	67
2.2 – <i>Contexto e Cenário da Pesquisa.....</i>	70
2.3 – <i>Participantes da Pesquisa</i>	75
2.4 – <i>O percurso da pesquisa.....</i>	76
3. DIALOGANDO.....	81
3.1 – <i>Sobre a inserção dos psicólogos na Atenção Básica de Campinas.....</i>	82
3.2 – <i>A atuação do psicólogo e a valorização das atividades para além dos muros dos Centros de Saúde</i>	92
3.3 – <i>Sobre a formação e o posicionamento ético-político dos psicólogos.....</i>	111
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	119
REFERÊNCIAS.....	123

APRESENTANDO A PESQUISA...

*Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura,
coragem, perseverança e paixão.*

Nise da Silveira

A ideia desta dissertação de mestrado surge a partir da minha experiência na área de Psicologia no campo da saúde pública. No último ano da graduação, tive a oportunidade de estagiar em um Centro de Saúde¹ do Sistema Único de Saúde (SUS) em Campinas, experiência que me possibilitou distintas perspectivas para pensar em como a saúde está estruturada em nossa sociedade, além de despertar em mim, uma admiração e vontade de seguir esse caminho. Considero que as dificuldades nesse campo são muitas, principalmente quando se fala em Saúde Mental e da inserção do psicólogo. Com a minha inserção nesse campo, pude perceber que o *quefazer*² do psicólogo nem sempre fica claro para a equipe de referência, demais profissionais da saúde e, muitas vezes, nem para o próprio psicólogo, que acaba não sabendo direito como intervir frente a algumas situações. Isso, muitas vezes,

¹ Optou-se por falar em Centro de Saúde (como também sinônimo à Unidade Básica de Saúde) por entender que, nessa expressão, tem-se a ideia de um local em que as pessoas vão para cuidar de sua saúde. Essa denominação ainda é muito utilizada no município de Campinas. Segundo Campos (2007), esse modelo de organização em saúde chegou ao Brasil após experiências bem-sucedidas nos Estados Unidos. Os chamados 'health centers' "mantinham maior ou menor grau de autonomia perante os vários tipos de organizações verticais de combate às doenças, mas suas ações se davam integralmente no nível local, permitindo maior funcionalidade. Além disso, por estarem mais próximas dos problemas e das pessoas, tinham maior agilidade e efetividade em sua atuação" (p. 890).

² Termo utilizado por Ignácio Martín-Baró, principalmente em seu texto intitulado "O Papel do Psicólogo" (1985/1996), em que a expressão aparece como sinônimo de atuação, papel, em relação a uma atuação ou papel desenvolvido, no caso, pelos psicólogos.

faz com que o psicólogo seja desvalorizado enquanto profissional diante dos demais e ou até mesmo que sejam realizadas práticas não condizentes com a realidade da população que frequenta aquele Centro de Saúde em especial.

Durante o período em que estagiei no Centro de Saúde, percebi que existem diversas expectativas em relação à atuação do psicólogo. A visão de que o *fazer* desses profissionais é sempre clínico se apresenta ainda muito enraizado no discurso deles próprios e dos demais profissionais, que entendem que não atender no modelo clínico tradicional de lógica privatista e liberal é não acompanhar aos preceitos da profissão. Parecem, assim, compreender que essa atuação é a principal, senão única, forma de a Psicologia contribuir com os usuários do sistema de saúde e com a comunidade. Por outro lado, existem profissionais que procuram atuar de maneira contextualizada³, utilizando também outras práticas para realizar um trabalho condizente com os princípios do SUS, se aproximando da comunidade e apresentando um saber mais crítico em relação a sua própria atuação.

É importante destacar que, apesar de haver psicólogos em serviços de Saúde Pública desde a década de 1970, a inserção de tal profissional nesse campo ainda está permeada por muitos problemas a serem discutidos. Em um texto escrito há quase 20 anos, Dimenstein (1998) traz uma problematização acerca da inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. Segundo a autora, essa ainda é uma categoria pequena quando comparada com as outras profissões ligadas à saúde, as dificuldades encontradas na sua prática são

³ Tomando como base o texto de Dimenstein (1998), atuar de maneira contextualizada é propiciar uma prática transformadora e reflexiva, condizente com a realidade da comunidade, que permita a todos a conscientização e o empoderamento, buscando formas e possibilidades de deixar emergir o novo.

muitas e um dos problemas destacados é a formação do psicólogo, que dá pouca atenção para a prática no contexto da saúde pública, dificultando que esse profissional pense sobre uma atuação considerando a realidade em que se insere. O fato é que a formação, em geral, é voltada para atender as classes média e alta, que apresentam outra demanda em relação às classes mais baixas, o que dificultaria ainda mais realizar um trabalho eficaz e transformador no âmbito da saúde pública (Dimenstein, 1998).

Já em um texto mais recente da própria autora com Macedo (2011), que compara esses dados apresentados acima, pode-se dizer que houve um avanço de número de psicólogos contratados no SUS – de 12.676, em 2005, para 33.613 em 2011. É interessante mostrar também que

apesar de legalmente o psicólogo ser reconhecido muito mais como um profissional do nível secundário e terciário de atenção à saúde, os gestores desse setor estão mais sensíveis no que diz respeito à presença dos psicólogos na atenção básica e no desenvolvimento de ações de cuidado primário em saúde: vigilância sanitária, clínica ampliada, matriciamento de equipes da saúde da família e ações de promoção e prevenção de agravos à saúde (Macedo e Dimenstein, 2011, p. 229).

Böing e Crepaldi (2010) também falam sobre a inserção do psicólogo na Atenção Básica. Para essas autoras, o grande problema desses profissionais é o redimensionamento de suas práticas para esse contexto, já que muitas de suas ações – tendo como um dos exemplos o atendimento clínico – não atendem de forma eficiente (e aqui não se está se falando apenas de dar conta de atender todas as pessoas) as demandas que surgem nesse local. Dessa forma, essas ações passam a não compactuar também com as propostas para se construir uma saúde coletiva.

Outra questão a ser pensada e discutida nesse âmbito está voltada para o lugar de atuação do psicólogo. Ainda, é preciso dizer que o lugar de atuação

desse profissional não é necessariamente físico, mas sim, nas relações. Dessa forma, não é obrigatório haver um local definido para seu trabalho, como uma sala de atendimentos e isso gera cada vez mais dúvidas sobre onde atuar e o que fazer, inclusive em sua relação com as demais pessoas que ali trabalham, tanto da mesma como de outras profissões. Enfim, esse ainda é um campo de trabalho que precisa ser problematizado.

Considerando as características desse contexto, vi a necessidade de explorar as diversas possibilidades de atuação do psicólogo na Atenção Básica no SUS para além do atendimento clínico⁴. Para tal, utilizo como referência a Psicologia Social Crítica desenvolvida na América Latina, que será apresentada do decorrer dessa pesquisa.

Existe uma ampla literatura que diz sobre as especificidades do trabalho do psicólogo na Saúde Pública, como Braga Campos e Guarido (2007), Spink e Matta (2007) e Dimenstein e Macedo (2007), por exemplo. Especialmente na Atenção Básica, é possível citar trabalhos como o de Dimenstein (1998), Boing e Crepaldi (2010), Goya e Rasera (2007), Ronzani e Rodrigues (2006). Contudo, é muito difícil encontrar trabalhos que se fundamentem em proposições teórico-práticas da Psicologia Social Crítica para embasar a atuação do psicólogo nesse nível de atenção.

Em busca realizada em duas bases de dados (SciELO e PePSIC), foram encontrados diversos artigos sobre Psicologia Social e Saúde Pública⁵, porém,

⁴ O atendimento clínico referido nesta dissertação está relacionado ao modelo tradicional de lógica privatista e liberal, que remete ao atendimento realizado de forma individual como o que caracteriza a atividade dos psicólogos.

⁵ Essas foram as palavras chaves utilizadas, juntas, para a realização das buscas nos dois bancos de dados.

apenas o artigo de Traverso-Yépez (2001) se aproximou à discussão aqui elucidada, que é a interface entre Saúde Pública e Psicologia Social. Ainda assim, a proposta do artigo é questionar o modelo biomédico e a referência à Psicologia Social aparece muito mais voltada para o entendimento de que há um contexto social que deve ser considerado, sem discutir referenciais teóricos.

Sendo assim, a ideia aqui é justamente discutir a interface entre a atuação do psicólogo na Saúde Pública e possíveis contribuições da Psicologia Social Crítica para uma atuação que considere o contexto social dos usuários. Para tal, toma-se como foco a Atenção Básica. De fato, não cabe nas limitações de uma dissertação de mestrado abarcar todas as questões que se desenvolvem nesse âmbito para seguir rumo a uma atuação mais contextualizada. Assim, a Atenção Básica será o *locus* desta pesquisa por ser a porta de entrada do usuário ao Sistema de Saúde e a escolha também se vale da prévia experiência já obtida no estágio durante a graduação.

Dessa forma, a pergunta que guiou essa pesquisa é a seguinte: quais são as bases que fundamentam uma atuação do psicólogo mais contextualizada? Também norteou a pesquisa saber se essas práticas têm relação com uma Psicologia Social de cunho crítico. É interessante mostrar que existem várias teorias que podem propiciar uma atuação crítica, porém, aqui, optou-se por trazer a Psicologia Social Crítica como uma possibilidade.

Assim, o objetivo desta pesquisa é conhecer práticas de alguns psicólogos inseridos na Atenção Básica, buscando identificar as bases que as fundamentam e se estão em consonância com os princípios da Psicologia Social Crítica. A ideia aqui é mostrar possibilidades de atuação do psicólogo para além

do modelo privatista liberal e as possíveis contribuições de uma Psicologia Social Crítica comprometida com a transformação social para sua atuação no campo da saúde pública. Não pretendo com este trabalho encerrar as discussões e apresentar uma única maneira de atuação do psicólogo e, sim, ampliar o espaço para discussões futuras acerca do tema, que deve ser sempre (re)pensado, a fim de possibilitar novas formas de trabalho, que são quase infinitas!

Esta dissertação está estruturada da seguinte forma: a introdução teórica intitulada *Começando a Pesquisa...*, que conta com duas partes, uma dedicada ao tema da *Saúde*, iniciando com o histórico do conceito de saúde, para, em seguida, apresentar um resgate histórico dos movimentos sociais que culminaram no surgimento do Sistema Único de Saúde e as suas características. Ainda nessa primeira parte, será discutida a atuação do psicólogo no âmbito do SUS e, mais especificamente, na Atenção Básica, e como esse *quefazer* ainda está pautado no modelo biomédico. Na segunda parte da introdução, primeiramente, será focalizada a *Psicologia Social Crítica*, e, em seguida, *O cotidiano como base para conscientização e empoderamento*, trazendo esses conceitos para se pensar em transformações sociais.

Em seguida, é apresentado, sob o título de *Fazendo a Pesquisa...*, o método utilizado nesse trabalho. Com foco no cotidiano de trabalho de psicólogos que atuam na Atenção Básica, acompanhei a atividade de três profissionais do município de Campinas que possuem uma atuação que se pode considerar crítica em relação ao contexto no qual estão inseridos. A aproximação do tema da investigação se deu por meio da ideia de campo-tema, proposta por Peter Spink (2003). A pesquisa tem caráter qualitativo e se fundamenta na pesquisa participante, além de contar com entrevistas abertas para aprofundar

questões vistas no cotidiano dos participantes e com a utilização de diários de campo⁶ após cada visita aos Centros de Saúde – que contém os acontecimentos, impressões e sentimentos do que foi vivenciado no momento da imersão no local onde a pesquisa foi realizada.

Logo após, tem-se o capítulo *Dialogando...*, onde são apresentados os resultados da pesquisa e sua respectiva análise. A hermenêutica-dialética proposta por Minayo (2014), com base nos escritos de Habermas (1987), foi utilizada para analisar os resultados dessa pesquisa. Para uma melhor apresentação dos resultados, essa parte foi separada em três categorias temáticas que emergiram após uma minuciosa leitura dos diários de campos e das entrevistas. Assim, as categorias falam sobre a inserção dos psicólogos na Atenção Básica, sobre suas ações nos Centros de Saúde, valorizando a atuação para além dos muros das Unidades de Saúde e sua formação e, por fim, sobre o posicionamento político como base para suas práticas.

⁶ Segundo Lima, Mito e Dal Prá (2007), o diário de campo é uma forma de registro muito comum em pesquisas, em que as observações, impressões, comentários e reflexões podem ser anotados. Ele deve conter uma parte descritiva, que relata os fenômenos observados durante a pesquisa, uma parte interpretativa, que interpreta as informações observadas e uma parte “conclusiva”, onde dúvidas, impressões, sentimentos e outras informações podem ser colocadas. Também nessa parte pode-se fazer algumas colocações de ordem mais conclusiva.

1

COMEÇANDO A PESQUISA...

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 196 da Constituição Federal de 1988

1.1 – Sobre a Saúde

O que se entende por saúde vem sendo modificado ao longo do tempo, “adquirindo novos contornos e conexões com outros campos de ação da vida humana” (Akerman, Righi, Pasche, Trufelli & Lopes, 2015, p. 113). Com isso, é importante compreender como esse conceito está estruturado e influencia o Sistema de Saúde Único no Brasil até os dias atuais.

1.1.1 – Sobre os conceitos de saúde e de promoção de saúde

Para iniciar essa introdução, é importante esclarecer o que se entende por saúde, que, apesar de parecer um conceito fácil, presente no senso comum, não o é. Scliar (2007), em seu artigo intitulado “História do Conceito de Saúde”, lembra que ele “reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural” (p.30). Pode-se entender, a partir disso, como o próprio autor afirma, que, para cada pessoa, a saúde é representada de uma forma diferente, já que isso depende “da época, do lugar, da classe social (...) de valores individuais, (...) de

concepções científicas, religiosas, filosóficas.” (p.30). Assim, o que é entendido por saúde em uma determinada época e lugar também será determinante para a estrutura e organização do sistema de saúde a ser adotado.

De acordo com Scliar (2007), até a década de 1940, não existia um conceito universalmente aceito sobre o que é saúde, muito menos um órgão internacional para discutir isso. A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi criada depois do fim da Segunda Guerra Mundial e, em 7 de abril de 1948, divulgou uma carta reconhecendo o direito e a obrigação do Estado na promoção e proteção à saúde, apresentando, também, uma definição de saúde que perdura até os dias de hoje. Segundo tal definição, saúde é “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade” (1948, p. 1).

É importante mostrar aqui o que levou a OMS a estabelecer um conceito mundial de saúde no pós-guerra foi justamente o contexto que se configurou naquela época, com o fim do colonialismo e, principalmente, a ascensão do socialismo (Scliar, 2007). Tal conjuntura juntamente com a necessidade de dar uma resposta a todo o sofrimento vivenciado por grande parte do povo europeu, embasou a ideia de que saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações. Essa proposta, portanto, ia além dos aspectos biológicos, incluindo as dimensões psíquica e social.

Dejours (1986) tece uma crítica sobre esse conceito da OMS, dizendo que é impossível se definir algo tão subjetivo, já que “a saúde das pessoas é um assunto ligado às próprias pessoas” (p. 8), além de que, alcançar um completo e perfeito estado de bem-estar, seria, para ele, uma ilusão. O mesmo autor ainda

afirma que a saúde é algo em movimento, não sendo, então, um estado e, sim, um processo, que está em constante mudança.

Para além de fazer uma crítica, é necessário explicar a razão de Dejours acreditar que a saúde deve ter sua definição alterada, a fim de dar sustentação a este argumento. O autor cita três elementos a serem considerados. O primeiro deles está relacionado com a fisiologia, ou seja, com o funcionamento do organismo, já o segundo é a psicossomática e o terceiro é a psicopatologia do trabalho⁷.

Em relação à fisiologia, Dejours (1986) mostra que essa área nos ensinou que o organismo não é estável, ou seja, está o tempo todo em mudança. Assim,

“o estado de saúde não é certamente um estado de calma, de ausência de movimento, de conforto, de bem-estar e de ociosidade. É algo que muda constantemente (...). Isso significa que, se quisermos trabalhar pela saúde deveremos deixar livres os movimentos do corpo, não os fixando de modo rígido ou estabelecido de uma vez por todas” (p. 8).

Ainda no campo da fisiologia, o autor faz uma aproximação com o nível psíquico, afirmando que ser saudável não consiste em não ter angústia. Pelo contrário, é entender que, em diversas situações da vida, ela é normal – e até esperada – mas que isso não significa que uma pessoa angustiada não possa encontrar-se em boa saúde.

Dejours recorre ao campo da psicossomática para defender que o que acontece com o corpo tem ligação direta com o que acontece na mente, e que o homem busca essa mudança em sua vida, não necessariamente para acabar

⁷ É necessário ressaltar que esse artigo é uma tradução de uma palestra dada por Dejours para trabalhadores franceses sobre saúde e condições de trabalho, promovida pela Federação dos Trabalhadores da Metalurgia, da Confederação Geral dos Trabalhadores, da França (Dejours, 1986).

com uma angústia. Dessa forma, os indivíduos vão atrás de seus objetivos, de seus fins, suas esperanças (Dejours, 1986).

Por fim, pautando-se na psicopatologia do trabalho, o autor afirma que é importante compreender que, para a saúde, o trabalho é fundamental. Ele finaliza sua fala afirmando que “a saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social” (p. 11).

A partir disso, nota-se que esse autor traz a ideia de saúde como algo em constante movimento, dando destaque para a subjetividade das pessoas. Outros autores que também enfatizam a subjetividade são Segre e Ferraz (1997). Para eles, objetivar conceitos como perfeição, bem estar e felicidade significa não levar em conta o contexto que lhes dá sentido e nem a experiência do sujeito. Dessa forma, a subjetividade é muito importante para se compreender o que é saúde para cada um, deixando de lado rotulações que estabelecem algo como bom ou ruim, saudável ou doente.

Já Campos (2009) destaca a saúde como um fenômeno social. Em suas palavras, “os fenômenos sociais, entre eles a saúde e a doença das pessoas, resultam da interação de uma multiplicidade de fatores” (p. 41). Entendidas dessa forma, diferentes características da saúde e da doença podem estar ligadas a uma coletividade e não a apenas uma pessoa, o que desconstrói a ideia de se tratar a doença apenas no âmbito individual, mesmo sabendo que a singularidade é parte desse processo. É interessante observar que o autor dá destaque à “co-produção” em um movimento dialético na relação entre o individual e o coletivo. Assim, os determinantes de saúde e de doenças são,

necessariamente, co-produzidos na relação entre indivíduos (tanto intra como intersubjetivamente) e também nas relações com o ambiente (como a cultura e as estruturas sociais, por exemplo).

Outra autora que traz uma importante discussão sobre o conceito de saúde é Laurell (1982). Tendo como base uma concepção marxista, ela também afirma que a saúde deve ser compreendida como um “processo” biopsíquico permeado pelo social, em que nunca se está totalmente em um dos polos – saudável ou doente. Vê-se aqui novamente a ideia de movimento na saúde, presente também na fala de outros autores já citados, na qual a saúde nunca é algo fixo e imutável, mas que se altera em diversos aspectos, sendo possível estar ‘saudável’ em um âmbito e ‘doente’ em outro. E é justamente por isso que é apresentada como um ‘processo’. Assim, se, ao considerá-la como estado, conforme se encontra na definição da OMS, pressupõe-se que seria algo já determinado, um objetivo fixo a ser alcançado, ao pensar a saúde como um processo, tem-se a ideia de algo em constante construção, que não está pré-determinado, sem possibilidades de mudanças.

Laurell também fala sobre o “processo saúde-doença”, enfatizando seu “caráter social” (Laurell, 1982, p. 5). Segundo ela, “deve-se buscar a explicação [das doenças] não na biologia ou na técnica médica, mas nas características das formações sociais em cada um dos momentos históricos” (p. 5). Apesar de o texto datar de 1982, é muito atual fazer uma reflexão sobre a maneira com que a sociedade capitalista, hoje mais do que nunca, ainda compreende a doença como algo biológico e individual, desconsiderando seu caráter social.

É importante frisar que a autora reconhece que o biológico, o psíquico e o social devem ser considerados em suas especificidades, mas sempre ponderando que esses três aspectos estão inter-relacionados. Dessa forma, não devem ser compreendidos como contraditórios, mas como complementares, sendo analisados em um processo único (Laurell, 1982).

Ainda falando sobre concepção de saúde, não se pode deixar de citar o Informe Lalonde, desenvolvido no Canadá em 1974, no qual apresenta-se a ideia de campo da saúde (*Health Field Concept*, no termo original). É nesse informe que aparece pela primeira vez o termo “promoção em saúde” (Government of Canadian, 1974). De acordo com Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny e Monticelli (2006), o Informe Lalonde, também conhecido como Relatório Lalonde, sofreu diversas críticas, como a de que teria um enfoque individualista, negligenciando o contexto político, social e econômico, uma vez que seria voltado às transformações no estilo de vida e ações individuais de mudança.

Apesar dessas críticas, a ideia de promoção de saúde passou a ser utilizada também para se referir aos coletivos, como ocorreu no SUS. Em relação a isso, Westphal (2015) afirma que a Promoção em Saúde deve “envolver a população como um todo” (p. 690), considerando sua vida cotidiana, objetivando a participação social constantemente ativa a esse processo. Com isso, entende-se que esse conceito está relacionado com a autonomia e a emancipação, principalmente dos coletivos nos processos de saúde e doença.

Também é importante diferenciar os conceitos de promoção e de prevenção em saúde. De acordo com Neves (2006), a prevenção em saúde é vista apenas como a busca por evitar doenças. Dessa forma, pode-se entender

que as vacinas são uma forma de prevenir doenças. Já a promoção em saúde – entendida aqui criticamente – articularia políticas públicas e ações intersetoriais para tornar a sociedade mais justa para todos.

Outro documento importante no campo da saúde é a Carta de Ottawa, de 1986. Aqui, a saúde é entendida como um recurso para a vida cotidiana e não um objetivo a ser alcançado. Nela, a promoção de saúde é entendida como um processo de capacitar as pessoas para que elas possam aumentar seu controle sobre a saúde, melhorando-a (World Health Organization, 1986).

Esses documentos tiveram influência na forma como a Organização Mundial de Saúde (WHO, 1986) passou a definir promoção de saúde. Segundo esse órgão internacional, a promoção de saúde se daria por meio de ações comunitárias, estabelecendo-se as prioridades daquele local, as tomadas de decisões e planejamento de estratégias que visem melhorar a saúde daquele grupo. Desse modo, o que está no centro dessa ideia é o empoderamento⁸ das comunidades, que

...constitui-se numa estratégia importante de promoção que pode ajudar a transformar a realidade de saúde, através do fortalecimento do empowerment econômico, político, social e cultural dos múltiplos atores sociais que, em conjunto, possam compreender a determinação do processo saúde e doença e conquistar o direito à vida com ética e dignidade humana (Heidmann, Almeida, Boehs, Wosny & Monticelli, 2006, p. 357)

Um dos marcos para a uma nova concepção de saúde – que também está diretamente ligada com a formulação do SUS como um sistema de saúde

⁸ O empoderamento é um termo traduzido do inglês *empowerment*. Nessa pesquisa, optou-se por utilizá-lo apenas no português. Segundo Kleba e Wendausen (2009), esse termo refere-se ao “processo de mobilizações e práticas que objetivam promover e impulsionar grupos e comunidades na melhoria de suas condições de vida, aumentando sua autonomia” (p. 735). Ainda de acordo com as mesmas autoras, é preciso cuidado para não associar esse conceito a práticas assistencialistas, que despoltizam conflitos e contradições sociais. Ele também será apresentado no capítulo *O cotidiano como base para a conscientização e o empoderamento*.

acessível para toda a população – foi a Conferência Internacional de Assistência Primária à Saúde, promovida pela OMS e realizada na cidade de Alma-Ata⁹ em 1978. Nela, foram discutidas questões como as desigualdades existentes no âmbito da saúde entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, além de se assumir que a responsabilidade pela promoção da saúde de todos os cidadãos é do governo e que a participação das pessoas e comunidades nesse processo é fundamental.

Segundo Heidmann et al (2006), no contexto latino-americano, o grande desafio em relação à promoção em saúde é o das transformações sociais, já que ainda existe uma enorme desigualdade social nesses países, em que a maioria da população sofre algum tipo de violência – aqui entendida como direitos negados. Assim, “a luta por saúde equivale à melhoria da qualidade de vida (renda, educação, transporte, lazer, habitação e outros) e deve estar presente nas principais estratégias de promoção à saúde” (p. 356). Pode-se fazer uma relação dessa afirmação com a concepção de saúde apresentada na Constituição Federal de 1988, pois, como mostra Rigotti (2016), é nela que aparece pela primeira vez no Brasil, a “definição de uma saúde social e historicamente determinada com o status de direito” (p. 17).

Campos, Barros e Castro (2004) também falam sobre promoção em saúde ao fazerem uma avaliação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Eles afirmam que

...é um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições do Movimento da Reforma Sanitária delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do

⁹ Alma-Ata é a atual cidade Almaty, localizada no Cazaquistão. Fez parte da antiga União Soviética.

sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da própria vida, objetivando à produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde –, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo (p.746).

Pode-se observar que, para falar de promoção de saúde, conceitos como empoderamento e autonomia – que também aparecem quando se estuda a Psicologia Crítica – são utilizados como norteadores. Assim, compreende-se que é imprescindível que esses temas sejam pensados em todas as estratégias desenvolvidas pelos psicólogos em todos os âmbitos da Atenção, pois esses são conceitos importantes para se pensar em ações que promovem, previnem e recuperam a saúde – em uma grande parte das ações no SUS¹⁰.

Outro ponto a ser destacado é que, na promoção em saúde, as ações devem ser voltadas essencialmente para as coletividades, o que vai na contramão das ações propostas por vários âmbitos da Psicologia, que atuam de forma individualizada – como é o caso dos atendimentos individuais tradicionais em clínicas privadas.

É preciso mostrar, aqui, como esse conceito de saúde que engloba o social juntamente com o biológico e o psíquico, está na base dos princípios do SUS e é aí que se pode fazer uma ponte com a Psicologia Social Crítica, uma vez que ambos partem de bases similares. É claro que os princípios do SUS foram definidos para todos os profissionais da saúde – e não exclusivamente para o psicólogo – mas é possível utilizar a Psicologia Social Crítica como um

¹⁰ É preciso destacar aqui que algumas ações de recuperação da saúde que não dependem de empoderamento e autonomia, ou da ação de psicólogos, como por exemplo diversas ações em prontos-socorros.

embasamento ético-político para se pensar em uma atuação desse profissional, aqui especificamente, mais contextualizada.

1.1.2 – Dos movimentos sociais ao surgimento do Sistema Único de Saúde: resgate histórico

Para compreender a atuação do psicólogo na Atenção Básica, é fundamental conhecer o Sistema Único de Saúde (SUS) e como ele permite novas possibilidades de atuação para esse profissional. Assim, a história de seu percurso, desde movimentos sociais até Conferências que culminaram no surgimento desse sistema e seus princípios são importantes para mostrar como ele e a Psicologia Crítica compartilham o mesmo olhar para o social. Desse modo, é interessante trazer um breve histórico de como o Sistema Único de Saúde nasceu e se configurou no Brasil.

De acordo com Spink e Matta (2007), até o começo da década de 1980, o acesso à saúde ocorria de forma bastante desigual e sem a participação da população em relação à tomada de decisões e à gestão do sistema. Até essa época, para se ter acesso à saúde pública, era necessário ter vínculo empregatício formal, pois a saúde estava atrelada à Previdência Social, mais especificamente ao INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social). Desse modo, as pessoas que contribuíam para a previdência social tinham o acesso à saúde garantido. Já a atenção aos que não tivessem um emprego formal que garantisse esse direito era deixada aos cuidados de serviços voluntários ou das chamadas Santas Casas.

Spink e Matta (2007), Paim (2009), Paim, Travassos, Almeida, Bahia e Macinko (2011), entre outros, esclarecem que foi a partir desse período que

pessoas envolvidas com os movimentos sociais começaram a gestar a ideia de um sistema nacional que oferecesse serviços de promoção e recuperação da saúde.

Vasconcelos e Pasche (2009) também falam sobre como os movimentos sociais mobilizaram pessoas para lutarem por “novas políticas e novos modelos de organização de sistema, serviços e práticas de saúde” (p. 532). Em São Paulo, por exemplo, diversos movimentos, como o feminista, a luta antimanicomial e o novo sindicalismo, coexistiam e lutavam por seus ideais juntamente com outros movimentos e organizações, buscando cidadania, direitos e democracia (Gouveia e Palma, 1999). Paiva e Teixeira (2014) destacam a força dos movimentos sociais, que foram protagonistas na luta em prol do regime democrático no Brasil, na década de 1970 e 80.

Gouveia e Palma (1999) afirmam que, além desses movimentos, emergiram novos sujeitos sociais que viriam a marcar a cena do período, tais como “donas de casa de bairros da periferia, militantes de comunidades de base da igreja católica, das oposições sindicais e de entidades populares” (p. 139), que passaram a lutar por melhores condições de saúde e de vida, juntando-se a eles “jovens médicos sanitaristas, (...) outros trabalhadores em saúde, que então assumiram a direção das unidades de saúde nesses bairros” (p. 139).

Ainda, segundo os autores, esses movimentos tomaram as ruas com protestos contra o regime militar, juntamente com o surgimento do novo sindicalismo, reforçado pelas greves que aconteceram nesse período. Assim,

[Esses] Movimentos que abriam um novo período histórico no Brasil e também estimulariam o pensamento crítico em saúde, que se desenvolvia especialmente junto aos departamentos de medicina preventiva e saúde pública. Ao mesmo tempo, em diversos outros

espaços, elaboravam-se propostas de reorientação da assistência médica e da saúde pública, que resultariam em políticas de extensão de serviços de atenção primária e mudanças na própria organização do trabalho, mediante busca de integração da assistência médica individual às ações de saúde pública, em bases epidemiológicas (Gouveia & Palma, 1999 p. 139 – 140).

O fato de o SUS ter nascido dos movimentos sociais está intimamente relacionada com os próximos tópicos a serem apresentados. A Psicologia Social Crítica traz uma aproximação com os movimentos de luta por transformações e é nesse ponto que devemos voltar nossa atenção.

No começo da década de 1980, tem-se, no Brasil, as primeiras propostas de uma reforma do sistema de saúde no sentido de criar um sistema unificado e descentralizado, que buscasse a integração dos serviços de saúde oferecidos e que atingisse a todas as pessoas. Na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1986, essa proposta é retomada e ampliada (Paim, 2009). Nessa conferência, discutiu-se também a concepção de saúde que embasaria esse sistema. De acordo com Cambuy (2009), a “concepção ampliada de saúde [e a] saúde como direito de cidadania e dever do Estado” (p. 20) foram pontos centrais. Isso traz novas implicações para o que se define como saúde e o que será garantido por lei como tal.

Com a Constituição de 1988, a saúde passa a ser um direito de todos os cidadãos e dever do Estado e, em 1990, o SUS é regulamentado, instituindo-se um conjunto de políticas articuladas e formalizadas pela Lei 8.080/90¹¹ (Paim, 2009), visando à promoção, à proteção e à recuperação da saúde, trazendo como seus princípios a universalidade, a gratuidade, a integralidade e a

¹¹ De acordo com Andrade, Pontes e Martins Junior (2000), a Lei 8080/90, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, "disciplina a descentralização político-administrativa do SUS, enfatizando seus aspectos de gestão e financiamento, e regulamentando as condições para sua promoção, proteção e funcionamento" (p. 87).

descentralização. Nasce, assim, o Sistema Único de Saúde no Brasil (Spink e Matta, 2007), com a proposta de cuidar dos indivíduos e das coletividades em sua integralidade.

Gouveia e Palma (1999), Vasconcelos e Pasche (2009) e vários outros autores não nos deixam esquecer que o SUS foi, então, uma conquista de movimentos sociais e populares. A Reforma Sanitária que levou ao nascimento do Sistema Único de Saúde se deu, de acordo com Paim (2009), a partir de uma ideia de crítica às ideologias propostas pela Medicina Preventiva e na “busca de alternativas para a crise da saúde durante o autoritarismo” (p. 31) do período da ditadura militar.

Com isso, pode-se entender, então, que, com um modelo em que o biológico, o psicológico e o social estão presentes em unicidade para a compreensão do ser humano em sua integralidade, tem-se a assunção de que esses elementos são fundamentais para uma visão mais crítica e que considera a complexidade da vida e das estruturas sociais – em detrimento ao modelo de pensar cartesiano, biológico, medicalizante. Assim, o SUS nasceu da busca pela transformação, tanto social como também do próprio sistema de saúde e, com isso, foram implementadas novas políticas de saúde, agora, com a participação efetiva da comunidade.

Do ponto de vista das práticas da Psicologia, o foco neste trabalho, vê-se também a transformação de um modelo de práticas psicológicas clínicas, remediativas, para um modelo em que a criatividade do profissional o libera a uma gama enorme de possibilidades de atuação. Não há um *setting* pré-definido, já que esse pode ser na rua, na praça, na comunidade (Dimenstein, 2009), em

que suas ações estão voltadas também para a prevenção e a promoção de saúde e não apenas para o tratamento de problemas de saúde já instalados.

A participação popular é uma característica do SUS importante a ser relacionada com a Psicologia Social Crítica, pois mostra como, agora, o saber individual e coletivo sobre a própria saúde e dos demais se torna importante. A população é chamada a participar das decisões por meio de diversas esferas, tanto na de organização e gestão do sistema, como na comunidade como um todo e também em sua saúde individual e de sua família. O importante para esse sistema é que haja um diálogo com seus usuários e não apenas definições verticalizadas de ações e rumos da saúde da população brasileira.

Surge, então, uma nova forma de olhar para a saúde. De acordo com Scliar (2007), essa nova estratégia se baseia nos seguintes pontos:

1) as ações de saúde devem ser práticas, exequíveis e socialmente aceitáveis; 2) devem estar ao alcance de todos, pessoas e famílias – portanto, disponíveis em locais acessíveis à comunidade; 3) a comunidade deve participar ativamente na implantação e na atuação do sistema de saúde; 4) o custo dos serviços deve ser compatível com a situação econômica da região e do país. Estruturados dessa forma, os serviços que prestam os cuidados primários de saúde representam a porta de entrada para o sistema de saúde, do qual são, verdadeiramente, a base. O sistema nacional de saúde, por sua vez, deve estar inteiramente integrado no processo de desenvolvimento social e econômico do país, processo este do qual a saúde é causa e consequência (p.39).

Desse modo, as ações de saúde deveriam incluir a promoção e prevenção em saúde, com profissionais que atuassem a partir de uma “percepção epidemiológica e social para se relacionar com o indivíduo, família e sociedade” (Rosa & Labate, 2005, p. 1029).

1.1.3 – Sobre o Sistema Único de Saúde: organização e propostas

Com a criação do SUS, o Ministério da Saúde teve a obrigação de oferecer condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo o atendimento a todo cidadão brasileiro e dando condições para que esse direito estivesse ao alcance de todos, independente da condição social de cada um, como previsto na Constituição (Ministério da Saúde, 2000). Dessa forma, o Estado se responsabiliza para que os princípios e diretrizes do SUS sejam implementados, garantindo o acesso ao direito à saúde.

Os princípios que regem o Sistema Único de Saúde foram criados para garantir os direitos conquistados e efetivar suas novas propostas. São eles os de *universalidade*, em que qualquer cidadão deve ter acesso a todos os serviços públicos de saúde; *equidade*, que diz respeito a que as ações e serviços devem estar de acordo com a necessidade de cada caso; e a *integralidade*, na qual “o homem é um ser integral, biopsicossocial, 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). Não podemos nos esquecer que as práticas psicológicas também devem estar atreladas a essas premissas, conforme ressalta Cambuy (2009).

Com relação à equidade, princípio fundamental do SUS, Paim e Silva (2010) trazem uma discussão importante acerca desse conceito em relação ao que algumas pessoas têm como sinônimo de igualdade. De acordo com os autores,

embora a igualdade seja um valor importante, haveria situações em que ocorrem grandes desigualdades, como no acesso aos serviços de saúde. Nesses casos, atender igualmente os desiguais poderia resultar na manutenção das desigualdades. Assim, a questão posta vai no sentido de demonstrar que a igualdade pode não ser justa. Com vistas,

sobretudo, à distribuição de recursos, a noção de equidade admite a possibilidade de atender desigualmente os que são desiguais, priorizando aqueles que mais necessitam para poder alcançar a igualdade (p. 111).

É importante mostrar essa diferença aqui, já que inclui a atuação do psicólogo, que não precisa ser igual para todos e, muito menos, a clínica como a única possível. É preciso e necessário, também no âmbito da Psicologia, saber atuar sob os princípios dessa equidade, dando aos usuários do sistema a devida atenção de acordo com suas necessidades, sejam elas individuais ou coletivas/comunitárias.

Ainda com relação aos princípios que regem o SUS, conforme explica o Ministério da Saúde (1990), suas ações devem ser realizadas por uma rede de serviços regionalizada, hierarquizada, descentralizada e com a participação social e direção única em cada esfera de governo. Entende-se, portanto, que os serviços devem ser organizados em ordem de complexidade e dispostos em uma área delimitada, sendo a população a ser atendida previamente definida. Isso permite que uma população tenha à sua disposição todas as modalidades de assistência.

É possível dizer que um dos princípios mais inovadores do SUS é o que prevê a participação social. Ela ocorre principalmente por meio dos Conselhos de Saúde, que devem funcionar em todos os níveis e serviços do sistema. 50% de suas vagas devem ser compostas por entidades e movimentos da sociedade civil, 25% são destinadas aos representantes dos trabalhadores da saúde e os demais 25% de representantes para os prestadores de serviços, sejam eles do governo, dos setores filantrópicos ou do setor privado (Gouveia e Palma, 1999). Isso demonstra a importância da participação popular nesse sistema de saúde, já que se deve fazer uma política de saúde com e para a população.

De acordo com o livro desenvolvido pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) em 2007 em parceria com o Ministério da Saúde, tem-se o SUS organizado hoje em níveis de atenção, que são, em ordem de maior para menor complexidade: o nível de atenção terciário, o nível de atenção secundário e o nível de atenção primário (Brasil, 2007a).

Na alta complexidade, ou seja, no terceiro nível de atenção, os procedimentos envolvem alta tecnologia e alto custo, oferecendo à população um serviço mais especializado. A assistência ao paciente portador de doença renal crônica, a assistência ao paciente oncológico e cirurgias são alguns dos exemplos das principais áreas que a alta complexidade engloba (Brasil, 2007b).

No segundo nível de atenção à saúde, também definido como média complexidade, as ações giram em torno de atender os problemas e agravos à saúde que demandem profissionais especializados e recursos tecnológicos mais avançados do que na atenção primária. Para exemplificar esses atendimentos tem-se cirurgias ambulatoriais especializadas, procedimentos traumatológico-ortopédicos, exames ultrassonográficos e terapias especializadas (Brasil, 2007b), além de Centros de Referências específicos, como os de DST/AIDS, Saúde do Trabalhador e os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Já a Atenção Primária é o primeiro nível da atenção à saúde, que é o *locus* da pesquisa apresentada aqui. Nesse nível, são empregados recursos de tecnologia de baixa densidade, ou seja, os procedimentos mais simples e baratos, capazes de atender a maior quantidade de problemas comuns da população. Ela é a porta de entrada do usuário ao sistema de saúde e onde

acontece a referência e contra referência para locais mais especializados, como os hospitais e os serviços especializados (Brasil, 2007a).

Cabe aqui destacar, assim como fizeram Boiing e Crepaldi (2010), a opção de usar os termos Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde como sinônimos.

De acordo com as autoras, o primeiro termo

tem um sentido mais amplo, e compreende ações integrais que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Essas ações correspondem à prática de vigilância da saúde do novo modelo de atenção preconizado pela legislação do SUS, cuja efetivação é buscada através da Estratégia de Saúde da Família. Sendo assim, o termo atenção básica é empregado particularmente no contexto da saúde pública do Brasil (p. 635).

Já o segundo termo é utilizado internacionalmente, dizendo apenas de ações de promoção e prevenção em saúde coletiva. Dessa forma, como o contexto em que esse trabalho se desenvolve é exclusivamente o brasileiro, opta-se por usar o termo Atenção Básica.

Assim, com a criação do SUS e, como pode-se ver, com os seus princípios e organização, a ideia é superar o modelo de atenção apenas às doenças, que chegam aos diversos níveis de complexidade, para que se tenha um modelo em que a promoção de saúde e prevenção de riscos também estão incluídos, como afirma Teixeira (2006). É importante ressaltar que esse modelo prevê uma atuação “para além dos muros das unidades de saúde” (Teixeira, 2006, p. 27), trabalhando no próprio território onde os usuários daquele serviço estão inseridos.

Mas, o que significa trabalhar para além dos muros das Unidades de Saúde? De acordo com Ribeiro (2007), essa proposta indica a necessidade de dar foco às ações em saúde dentro de seus vínculos territoriais, aqui entendidos

como além de espaço físico, como os geográficos, políticos, federativos, comunitários e culturais. Assim, é possível acessar o direito da universalidade da saúde, garantido por Lei, já que oferta às pessoas aquilo que elas realmente precisam.

No nível primário, Ronzani e Rodrigues (2006) listam os cinco princípios que regem as ações na Atenção Básica, que são

1) acessibilidade, que seria a facilitação de oferta de serviços dos mais variados tipos e com uma proximidade geográfica com a comunidade; 2) abrangência, que consiste no oferecimento amplo de ações no cuidado de saúde, sem distinção de grupos específicos; 3) coordenada, que consiste na utilização de estratégias de ação baseadas em um sistema de informação e avaliação das ações realizadas; 4) contínua, que desenvolve, ao longo do tempo, um relacionamento com a comunidade e possibilita a promoção de uma forma mais consistente e de longo prazo, e, por último, 5) responsabilidade, que consiste na interação constante com a comunidade a respeito dos serviços oferecidos, de forma não somente a fornecer um esclarecimento do trabalho da equipe mas também a discussão sobre a forma de atuação mais adequada àquela comunidade (p. 134).

É também nesse nível primário no qual podem emergir mais facilmente as estratégias de promoção de saúde. A Atenção Básica vê o indivíduo como um ser singular, em sua complexidade e integralidade, inserido social e culturalmente, além de buscar promover a saúde da população, prevenindo e tratando de doenças, buscando reduzir possíveis danos e sofrimentos que poderiam comprometer um modo de vida saudável (Brasil, 2007a).

Aqui, também é importante esclarecer que, no âmbito da Atenção Básica, no início deste século, passa a ser implantado a Estratégia de Saúde da Família (ESF)¹², que surge como uma política controversa promovida pelo Ministério da Saúde. Alguns defensores dessa ideia, como Gomes, Cotta, Araújo, Cherchiglia

¹² A Estratégia de Saúde da Família (ESF) era conhecida, até 1998 como Programa de Saúde da Família (PSF). Aqui, optou-se por usar ESF em todos os termos, mesmo quando o texto se refere à Programa de Saúde da Família (PSF), por entender que esse é o termo utilizado na época em que a dissertação foi escrita.

e Martins (2011), acreditam que essa estratégia transformou o modelo médico vigente até então – individualista, remediador e curativo – em um modelo de saúde coletivo. Rosa e Labate (2005) defendem que, com a ESF, a atuação presta-se na “integralidade da assistência, tratando o indivíduo como sujeito dentro da sua comunidade socioeconômica e cultural, considerando essa dimensão globalizante” (p. 1030).

Porém, nem todos concordam que a implementação dessa estratégia represente um avanço ao que já era preconizado para a atenção primária e alguns, como Scarcelli e Junqueira (2011), dizem, inclusive, que ela apresenta um retrocesso. Segundo as autoras, a estratégia voltaria ao modelo centrado no biológico, já que propõe que médicos, enfermeiros e agentes de saúde sejam considerados como equipe mínima e os demais profissionais, como o psicólogo, ficariam como apoiadores a eles, inserindo-se nos chamados NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), não compondo, de fato, uma equipe interdisciplinar.

Boing e Crepaldi (2010) também fazem uma crítica ao trabalho do psicólogo na Atenção Básica como um ‘apoio’ e não integrado à equipe mínima. Para elas, a lógica da interdisciplinaridade é essencial à Atenção Básica, pois “a inclusão de outros profissionais na equipe mínima, dentre eles o psicólogo, representa sobretudo o aumento da possibilidade de se compor um trabalho interdisciplinar de qualidade” (p. 647).

A interdisciplinaridade tem como base a relação entre as diversas áreas do conhecimento, reconhecendo as especificidades e limites de cada uma delas, buscando a superação do modelo de fragmentação do saber (Loch-Neckel, Seemann, Eidt, Rabuske & Crepaldi, 2009). Isso significa que, para que haja

interdisciplinaridade, é preciso que se leve em consideração os saberes de diversas áreas – como a Psicologia, a Enfermagem, a Fisioterapia, a Medicina, por exemplo, além do saber popular, que não deve ser desconsiderado –, entendendo que cada uma delas pode contribuir, com suas especificidades, para a uma atuação integral para indivíduos e grupos. Também Loch-Neckel et al (2009) acrescentam que a interdisciplinaridade “envolve a criatividade, originalidade e flexibilidade frente à diversidade de formas de pensar, frente aos problemas e às suas soluções” (p. 1464).

Ainda em relação à interdisciplinaridade, deve-se abordar a questão da diferenciação entre ‘núcleo’ e ‘campo’, tema bastante discutido na Saúde Coletiva. Campos, Chakour e Santos falaram sobre isso em 1997 e, três anos mais tarde, Campos (2000) aborda essa questão juntamente com a Saúde Pública e a Saúde Coletiva. Assim, esses autores definem que o ‘núcleo’ é a “identidade de uma área de saber e suas práticas” (Campos, 2000, p. 220), apresentando demarcações mais definidas sobre seu conhecimento, enquanto que ‘campo’ teria “seus limites e contornos menos precisos” (Campos et al, 1997, p. 143), buscando em outras disciplinas o apoio que precisam para suas ações.

De volta ao assunto NASF, de acordo com o site do Portal de Saúde do Governo brasileiro, disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/nasf_perguntas_frequentes.php e recuperado em 18 de junho de 2016, eles foram criados com o objetivo de

ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade. O NASF deve buscar contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS, principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários e ambientais dentro dos territórios.

Dessa forma, não há um local específico de trabalho, ou seja, as ações desenvolvidas pelo NASF devem ser realizadas nas próprias Unidades Básicas em que estão vinculadas, podendo também utilizar-se de outros espaços do território. O trabalho é feito na lógica do apoio matricial¹³, integrando saberes de diversos atores para se pensar em cuidados em saúde para a população.

De acordo com a cartilha de Matriciamento em Saúde Mental desenvolvida pelo Ministério da Saúde em 2011, o apoio matricial – também chamado de matriciamento – é um processo de construção compartilhada entre duas ou mais equipes para se criar uma proposta de intervenção (Ministério da Saúde, 2011). Ela visa transformar a lógica de encaminhamentos e referências e contrarreferências para um processo horizontalizado, em que, agora, a equipe de referência atua com responsabilidade sanitária, com o cuidado longitudinal e especializado e o apoio matricial é a equipe de saúde mental. De acordo com Figueiredo e Campos (2009) citado na cartilha, esse é um “suporte técnico especializado que é ofertado a uma equipe interdisciplinar em saúde a fim de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações” (Ministério da Saúde, 2011, p. 14).

A interdisciplinaridade também contempla a discussão sobre a ESF. De acordo com Moreira e Castro (2009), devido à complexidade das questões encontradas na Atenção Básica, o NASF chega na forma de apoio de outros profissionais que não compõe a equipe mínima, principalmente fazendo o apoio matricial. Mas, o que se pode questionar é porque não colocar os profissionais

¹³ Essa é uma prática importante na organização dos serviços de saúde de Campinas, e permeia o cotidiano dos psicólogos, entre outros profissionais especialistas, não somente quando inseridos nos NASF, mas em qualquer tipo de inserção que estes profissionais têm na rede de saúde.

do NASF como integrantes da equipe mínima? De acordo com Scarcelli e Junqueira (2011), que criticam o modelo de organização da ESF, isso não ocorre justamente porque o que se visa é, sobretudo, à economia de recursos com a contratação de profissionais.

Outro aspecto a ser problematizado após essas considerações é o enfoque do cuidado em saúde ser estabelecido a partir da família. Rosa e Labate (2005) afirmam que esse ‘movimento’ de voltar à atenção para a família ocorreu em muitos países e acabou influenciando o modelo de saúde no Brasil. Mas, o que se deve lembrar aqui é que a concepção de família é muito variável, também sendo definida cultural e historicamente¹⁴. É claro que a atenção para a família e para o indivíduo é importante, mas colocar o foco no “social”, abrangendo toda a comunidade do território em uma proposta que envolvesse diferentes profissionais em intervenções interdisciplinares e não apenas ações de uma equipe mínima com “apoio” de outros profissionais parece ser mais condizente com os princípios do SUS.

Sobre isso, Nepomuceno, Ximenes, Cidade, Mendonça e Soares (2008) afirmam que

A comunidade é compreendida em elementos múltiplos e complexos como: economia, relações sociais, instituições,

¹⁴ No ano de 2015, tramitou pela Câmara dos Deputados um projeto de lei chamado de Estatuto da Família (PL 6583/2013), que define o que é considerada uma família no Brasil. De acordo com esse projeto, poderá apenas ser chamada de família a união entre um homem e uma mulher e seu(s) respectivo(s) filho(s). Esse projeto exclui uniões homo afetivas, pessoas divorciadas, entre outros tipos de união e relacionamentos, de ter acesso a direitos como pensão, INSS e licença-maternidade. Ainda nesse mesmo ano, esse projeto foi aprovado pela Comissão de Constituição e Justiça (Carta Capital, 2015). Isso demonstra um claro retrocesso nos direitos do cidadão brasileiro. É retirar os direitos à saúde, à assistência, à segurança e outras tantas categorias, na tentativa de punir aqueles que não seguem o que algumas pessoas determinaram que seja o “correto”. Para o SUS, a definição de família é bem abrangente, englobando todos os tipos de configurações familiares e não tem ligações com o que propõe esse Estatuto. Mas, mesmo considerando que família no âmbito da ESF não significa apenas a união entre homem e mulher e seus descendentes e, sim, toda e qualquer configuração familiar existente, ainda que não existam laços consanguíneos nessa relação, esse aspecto pode ser problemático.

tempo livre, cultura, modo de vida, história, símbolos e ideologias, subjetividade social e pessoal. O sentido e controle das ações de desenvolvimento devem ser dados pela comunidade, com sua participação ativa. Estas ações devem fomentar o desenvolvimento do sujeito da realidade comunitária, o aprofundamento da consciência e a realização de potenciais humanos e sociais. A dimensão comunitária é, portanto, *locus* estratégico para a construção de mudanças no sistema social vigente (p. 461).

Assim, uma atuação para a comunidade no âmbito da saúde se mostraria como uma possível forma de trabalho para psicólogos que se inserem na Atenção Básica, sob a perspectiva da Psicologia Social Crítica.

1.1.4 – A atuação do psicólogo na Atenção Básica

Considerando a atual forma de organização da Atenção Básica, pode-se indagar como se dá a atuação do psicólogo nesse nível do sistema. É preciso discutir essa questão, destacando também como a formação desse profissional pode colaborar para a realização de um trabalho mais contextualizado ou dificultá-lo e esse tema tem sido foco de diversos autores.

De acordo com Campos e Guarido (2007), apesar de terem diversificado o repertório de atividades desenvolvidas na Atenção Básica – incluindo, por exemplo, atividades grupais terapêuticas, visitas, orientações e oficinas – os psicólogos ainda estão quase que na totalidade voltados em sua atuação para o atendimento clínico individual, como é feito nos consultórios particulares.

Essa atuação voltada para a individualização dos problemas e para a “cura da doença” pode ser explicada de acordo com a história da inserção do psicólogo na saúde pública e pelo próprio desenvolvimento do campo. Dimenstein (1998) afirma que a crise econômica instaurada nas décadas de 1970 e 1980 e o crescente número de psicólogos se formando nesse período

fizeram com que o campo da saúde pública se mostrasse como uma nova possibilidade de atuação para esses profissionais, que, antes, atuavam prioritariamente na clínica liberal. A busca por um novo modelo de atuação também chamou a atenção de psicólogos para esse campo, pois, muitos profissionais teciam críticas à estruturação da saúde nesse período.

Em 1991, foi publicado o primeiro levantamento sobre a inserção do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde, realizado pelo Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (Oliveira, Dantas, Costa, Silva, Alverga, Carvalho & Yamamoto, 2004). Nesse levantamento, foi observado que

...as atividades psicológicas de maior ocorrência nas Unidades são: psicoterapia de adulto, psicodiagnóstico, ludoterapia, orientação a gestante e a hipertensos. A psicanálise apareceu como a orientação teórica mais citada, e os recursos técnicos utilizados são a entrevista, a psicoterapia individual, testes, psicoterapia breve, observação lúdica, psicoterapia grupal, observação, dinâmica de grupos e grupos operativos (p. 76).

É importante perceber essas atividades são, em sua maioria, voltadas para o indivíduo, o que mostra como as características da clínica privada foram transpostas para os atendimentos nas Unidades Básicas de Saúde. Apesar de o levantamento ter sido realizado no começo da década de 1990, atualmente, não se vê uma mudança muito significativa. De acordo com Amaral, Gonçalves e Serpa (2012), para alguns profissionais, a prática clínica tradicional “continua sendo (...) a única forma considerável, legítima e aceitável de atuação da Psicologia” (p. 489). Porém, será possível observar que nem todos os psicólogos se pautam nesse modelo biomédico tradicional para realizar suas práticas. Macedo e Dimenstein (2011) afirmam que, apesar das dificuldades de superar a prática clínica tradicional, há avanços nesse sentido, principalmente no campo das políticas públicas.

Diversos autores da Psicologia da Saúde – como Ronzani & Rodrigues (2006), Dimenstein (1998; 2001), Oliveira, Dantas, Costa, Gadelha, Ribeiro e Yamamoto (2005), entre tantos outros – têm apontado a questão da reprodução pelos psicólogos do modelo médico-assistencialista, utilizando-se de uma prática isolada e desarticulada. Esse modelo faz com que a atuação do psicólogo fique limitada a “teorias terapêutico-curativas” (Ronzani & Rodrigues, 2006, p. 135), levando a uma redução do entendimento do processo saúde-doença ou até mesmo a uma psicologização da vida cotidiana e seus percalços. Tal característica do trabalho é especialmente problemática na Atenção Básica, se forem levadas em conta as diretrizes para esse nível de atenção, conforme apresentado acima.

Assim, Ronzani e Rodrigues (2006) afirmam que essa postura reducionista vai na contramão do que seria uma atuação de um psicólogo com compromisso com a comunidade, e também na contramão do conceito de saúde que norteia o SUS, que inclui o social como fator importante para sua discussão. Além disso, Traverso-Yépez (2001) também destaca que a divisão cartesiana de corpo e mente tem dificultado o trabalho do psicólogo no campo da saúde pública. Segundo a autora, a cisão mente/corpo faz com que a atuação do psicólogo fique restrita apenas à parte mental, levando a um isolamento com relação às demais áreas (e também demais profissionais), limitando a prática ao atendimento clínico individual.

No decorrer desta introdução, fala-se em um profissional comprometido socialmente, que tenha uma prática mais contextualizada, mas é importante trazer aqui a questão que Dimenstein (2001) apresenta em seu texto intitulado “O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva”, em que

questiona “o que vem a ser um profissional comprometido?” (p. 58). Ela própria traz nomes importantes para a Psicologia, como o educador Paulo Freire e Ignacio Martín-Baró, além de outros autores não menos respeitáveis, para discutir e responder a essa pergunta.

Dimenstein (2001), com base nos autores citados acima, afirma que ser compromissado é tomar um partido, ou seja, entender que não existe neutralidade de nenhum ser humano em relação ao que está acontecendo no mundo e que todos nós tomamos posições sobre isso, mesmo quando escolhemos não nos posicionar. Ser compromissado é, portanto, propiciar uma prática transformadora e reflexiva, que permita a todos o desenvolvimento do pensamento para sair de um conformismo cotidiano e buscar novas formas e possibilidades de deixar emergir o novo.

Santos, Quintanilha e Dalbello-Araujo (2010) também trazem uma discussão sobre esse comprometimento social dos profissionais de saúde, entre os quais, o psicólogo está inserido. Para as autoras, o comprometimento se daria em produzir sujeitos autônomos, que sejam sujeitos de suas próprias vidas e consigam lidar com suas dificuldades e sofrimentos. As práticas comprometidas, então, transformariam o *status quo* e ampliariam o espaço de participação dos indivíduos sobre ações de saúde. E é a prática com base nesse compromisso social que definimos nesta dissertação como uma ‘prática mais contextualizada’.

Assim, o trabalho do psicólogo, juntamente com os demais profissionais inseridos nesse contexto, deve se dar no sentido de fortalecer os indivíduos e a coletividade, possibilitando que eles promovam mudanças sobre sua realidade.

Suas ações devem, então, incluir práticas que visam à promoção de saúde.

Heidmann et al (2006) afirmam que

Os profissionais neste processo têm o importante papel de conhecer o conjunto das premissas e promover o diálogo com a comunidade, resgatando e valorizando sua cultura, seus valores, sua condição de vida. Além disso, devem estar preparados para intervir e ajudar a compreender a realidade de saúde da população, estimulando a sua participação e elaborando estratégias que visam melhorar as suas condições de vida e saúde. Devem buscar ações intersetoriais para atuar nos diversos fatores que interferem na saúde como educação, saneamento, habitação, emprego, renda e outros (p. 357).

Segundo Amaral, Gonçalves e Serpa (2012), a inserção do psicólogo nesse espaço deve se dar pela sua verdadeira inclusão no cotidiano dos moradores, entendendo o que acontece na comunidade, de maneira profunda e com comprometimento.

Böing e Crepaldi (2010) também trazem apontamentos e questionamentos muito pertinentes para pensarmos essa atuação comprometida socialmente, esbarrando na formação do psicólogo. Segundo as autoras,

Durante muito tempo, os cursos de Psicologia formaram profissionais apolíticos, e ressalta-se a necessidade da formação de profissionais críticos, e não somente técnicos. De fato, quantos cursos de Psicologia têm a questão das políticas públicas como eixo articulador? Quantos têm ao menos disciplinas que abordam as reformas, sanitária e psiquiátrica? Sem tais discussões no processo de formação, os psicólogos tendem a não se ver como parte desse processo. O desenvolvimento de uma posição ética e política é uma das características necessárias para a sustentação do projeto do SUS e de uma atuação consistente na Estratégia de Saúde da Família (p. 637).

A atuação fragmentada sobre a realidade se dá também pelo fato de o psicólogo não ter definido o seu papel dentro desse espaço de trabalho (Böing & Crepaldi, 2010). Com a inserção relativamente recente desse profissional no campo da saúde e sem o devido preparo para assumir esse novo contexto de trabalho, como afirma Dimenstein (1998), há também um desconhecimento das possibilidades de atuação, segundo Böing e Crepaldi (2010). No entanto, a

formação do psicólogo para o SUS constitui-se como uma base importante para a atuação contextualizada e está prevista na Constituição de 1988 como uma responsabilidade do nosso Sistema de Saúde – em parceria com instituições de ensino –, como afirma Rigotti (2016).

Porém, de acordo com Oliveira et al (2004), dizer que a atuação do psicólogo na Atenção Básica voltada para o atendimento clínico é resultado apenas de sua formação acadêmica é ser muito superficial nessa discussão. Questões como “inexistência de local adequado [que] não permite outras práticas, falta de credibilidade das práticas psicológicas diferentes das tradicionalmente estabelecidas e ausência de preparo para atender 'demandas sociais'” (Oliveira et al, 2004, p. 82) também devem ser levadas em conta no momento de debater os motivos da atuação clínica ainda ser majoritária nesse contexto.

O trabalho em conjunto com os demais profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde também é um problema. Muitos psicólogos acabam por trabalhar de forma independente dos demais, no máximo recebendo encaminhamentos, sendo solicitados para fazerem laudos ou pareceres ou quando há um caso especial a ser discutido/trabalhado, ainda muito distante da ideia de uma equipe interdisciplinar (Oliveira et al, 2004).

Goya e Rasesa (2007) também trazem a questão da distância do psicólogo com relação aos demais profissionais da Atenção Básica. De acordo com eles, a falta de formação voltada para a Saúde Pública faz com que muitos psicólogos não se identifiquem como profissionais de saúde, mas de saúde mental, que formaria parte de uma equipe separada dentro da unidade. Isso

dificulta a realização de um trabalho integral e integrado, que, muitas vezes, acaba por não atender aos preceitos do SUS. Assim, Nascimento, Manzini e Bocco (2006) nos falam que é preciso inventar novas práticas psicológicas, adotando um

...constante estranhamento dos paradigmas e realidades que se apresentam como prontos, autorizando-nos a inventar, no cotidiano, estratégias que não obedeçam às fórmulas prescritas, mas que, pelo contrário, possibilite o exercício de autonomia em nossas análises e gestões do dia a dia (p. 19).

Nascimento, Manzini e Bocco (2006) ainda afirmam que nem sempre todas as atividades estão definidas *a priori*, já que algumas delas acabam sendo construídas e desenvolvidas no decorrer dos acontecimentos. Isso não significa que não há uma direção e que as ações são tomadas sem objetivos e planejamento, mas que a prática se apoia em um saber coletivo construído no cotidiano. Novamente, percebe-se a intrínseca relação entre o cotidiano e o trabalho do psicólogo para uma atuação transformadora.

Essas novas práticas não precisam ser, necessariamente, ações mirabolantes. Elas podem se dar em pequenos atos, tidos muitas vezes como distantes do *quefazer* do psicólogo. Nascimento, Manzini e Bocco (2006) e Dimenstein (2009) são autoras que abordam essa questão. Muitas vezes, acompanhar um jovem em sua matrícula para o ingresso na escola e até dar comida na boca de um paciente são tarefas que surtem efeito e repercutem na saúde das pessoas.

Pode-se, então, dizer que a psicologia é movimento, assim como também é a saúde e o indivíduo. E para que ela acompanhe o movimento da vida, é necessário que suas práticas também ocorram dessa forma. Existe uma “multiplicidade de sentidos sociais, políticos e históricos” (Nascimento, Manzini

e Bocco, 2006, p. 16) por detrás do nosso cotidiano. É preciso, então, buscar livrar-se das amarras que prendem a atuação do psicólogo a uma única ação e dar liberdade para que ela se transforme em atividades que sejam necessárias para aquele momento.

1.2 – Sobre a Psicologia Social Crítica

(...) Si queremos que la Psicología realice algún aporte significativo a la historia de nuestros pueblos, si como psicólogos queremos contribuir al desarrollo de los países latinoamericanos, necesitamos replantearnos nuestro bagaje teórico y práctico, pero replanteármolo desde la vida de nuestros propios pueblos, desde sus sufrimientos, sus aspiraciones y luchas. (...) hay que afirmar que si pretendemos que la Psicología contribuya a la liberación de nuestros pueblos, tenemos que elaborar una Psicología de la liberación. (...) Realizar una Psicología de la liberación exige primero lograr una liberación de la Psicología.

Ignácio Martin-Baró

Uma das possibilidades vistas para problematizar as questões levantadas acima é que a prática seja embasada pela Psicologia Social Crítica desenvolvida no contexto latino-americano, pois entende-se aqui que essa perspectiva oferece subsídios para a inserção contextualizada do psicólogo no Sistema Único de Saúde e, sobretudo, na Atenção Básica.

3.2.1 – Psicologia Social Crítica: de que estamos falando?

Para começar a apresentar a Psicologia Social Crítica que fundamenta esse capítulo, é importante nos atentarmos às suas diversas denominações e ao que se entende, aqui, quando se fala dessa Psicologia desenvolvida no continente latino-americano.

Há várias denominações adotadas para definir as psicologias de caráter crítico que se faz no contexto da América Latina, tais como “Psicologia Crítica”, “Psicologia da Libertação”, “Psicologia Social Comunitária”, “Psicologia Social Comunitária Latino Americana” ou “Psicologia Social Latino Americana”¹⁵. Aqui, optou-se por agrupar todas essas psicologias produzidas no nosso continente a partir da crítica sob a denominação “Psicologia Social Crítica”. Entende-se que elas têm em comum o fato de questionarem as formas de opressão, violência, desigualdade, sejam elas econômicas ou sociais (Montero, 2011) e que não importe suas teorias de locais distantes da realidade aqui vivida. Assim, mais importante do que a denominação atribuída a cada uma delas, é o conteúdo de suas propostas.

Ainda, é necessária uma elucidação de que a Psicologia Social Crítica apresentada nesta dissertação não é uma área ou um campo de atuação dentro da Psicologia, muito menos uma especialidade, mas um posicionamento ético-político, já que, segundo Patto (1997) “não há conhecimento sobre a realidade humana que seja descomprometido, o que significa que (...) Ética e Ciência são indissociáveis” (s.p.). A partir disso, a Psicologia é chamada a tomar uma posição frente aos adventos do cotidiano, negando a sua suposta ‘neutralidade’. Dessa

¹⁵ Para uma compreensão mais aprofundada sobre as diferenças e semelhanças entre a Psicologia Crítica, a Psicologia da Libertação e a Psicologia Social Comunitária, sugere-se a leitura do texto de Montero (2004), indicado nas referências desta dissertação.

forma, ao assumir uma forma de atuar, cada profissional está adotando uma posição ética e política em relação à sua prática.

Martin-Baró (2015) também afirma que é preciso entender a ação humana como sendo ideológica – sendo esse o objetivo de estudo da Psicologia Social. Para esse autor, é necessário vincular as ações das pessoas aos interesses de classes e isso acaba se tornando um instrumento. O trabalho do psicólogo não está livre disso. Suas ações também devem ser entendidas como tendo uma ideologia por trás. E isso é fundamental para entender sua atuação.

Aqui, também faz-se imprescindível apresentar o que a caracteriza enquanto Psicologia Social Crítica. Assim, Nepomuceno et al (2008), referindo-se à Psicologia Social Comunitária¹⁶, afirmam que ela se configura pela

ênfase no caráter histórico da Psicologia; por ter a realidade social como orientadora fundamental dos estudos psicológicos; combate ao objetivismo; reconhecimento do caráter ativo dos seres humanos como produtores da história; necessidade de incluir no estudo psicológico o ponto de vista dos oprimidos, compreendidos como sujeitos epistêmicos; consideração de que o conflito é parte da ação humana; reconhecimento da importância da ideologia como fenômeno psicológico; incorporação de uma concepção dinâmica e dialética dos seres humanos; fomento à autonomia e emancipação social; inclusão de estudos sobre a relação entre indivíduos e vida cotidiana, [e] a construção diária dos sentidos dados ao mundo e à vida (p. 457).

E, segundo Domingues e Franco (2014)¹⁷, ela foi construída

A partir de uma vertente alinhada aos movimentos latino-americanos de tradição marxista, os quais denunciaram a colonização político-científica que ocorreu por meio da aplicação direta de modelos europeus e norte-americanos em seus territórios, e buscam construir uma Psicologia Social que contribuísse para a transformação das condições de vida (p. 16).

¹⁶ Apesar de Nepomuceno et al (2008) definirem essas características para o que eles denominam de Psicologia Social Comunitária, percebe-se que as características citadas se enquadram dentro do que, aqui, se chama de Psicologia Social Crítica.

¹⁷ Domingues e Franco (2014) também falam sobre a Psicologia Social Comunitária.

De acordo com Góis (2008), o indivíduo, sob essa ótica, é histórico-social e está imerso em seu próprio processo cultural que, por sua vez, se insere em uma estrutura social de classes e em um espaço – que é histórico, geográfico, social, cultural, econômico, simbólico e ideológico. Assim, a Psicologia Social Crítica, compreende o indivíduo dentro de uma realidade concreta, permeada por rede de relações sociais complexas de uma sociedade de classes que também é historicamente determinada.

Sob essa perspectiva, pode-se citar diversos autores que escreveram sobre uma Psicologia Social Crítica em diferentes países da América Latina como Silvia Lane no Brasil, Ignacio Martín-Baró em El Salvador, Maritza Montero na Venezuela, Ignacio Dobles na Costa Rica, Fernando Gonzáles Rey entre Cuba e Brasil e tantos outros mais (Conselho Regional de Psicologia, 2016).

Todavia, deve-se destacar que não houve um movimento deliberado de desenvolvimento de uma única Psicologia Social Crítica a ser praticada nos diversos países da América Latina. Inicialmente, houve ações e propostas paralelas e, depois, o início de um diálogo. Mas não é de se estranhar que tenham se desenvolvido propostas parecidas em diferentes países, pois, embora cada um possua sua própria cultura, sua realidade, sua língua, eles vivenciam – e vivenciaram – condições sociais similares, como o subdesenvolvimento, os períodos de colonialismo e as ditaduras militares, por exemplo.

Outro esclarecimento a se fazer é relacionado à palavra ‘crítica’ – muito evidenciada nessa dissertação. De acordo com Montero (2011), ela apresenta diversas conotações, inclusive a do senso comum. Porém, para essa autora, ser crítico é “questionar algum modo de ser ou de estar (na ciência, na sociedade

em geral, na vida), que se pretende essencial e imutável” (p.88). Novamente, aqui se tem a ideia de movimento. É preciso reconhecer que, quando se estuda ou intervém em algo que não é fixo, como é a nossa vida cotidiana, é impossível se prender a métodos e teorias que não entendam a dinâmica do movimento como parte constituinte da realidade. E, além disso, também é importante considerar que as relações sociais são marcadas por relações de poder e pela historicidade dos processos sociais.

A historicidade dos processos sociais é essencial para entender o aporte da Psicologia Social Crítica e, muitos autores falam sobre isso. Minayo (2004) afirma que “toda vida humana é social e está sujeita a mudança, a transformação, é perecível e por isso toda construção social é histórica” (p. 68). Lane (1994/2006) também assume o caráter social e histórico na constituição do ser humano. Para ela, “o psiquismo humano se constitui na materialidade histórica de cada sociedade, de cada cultura – portanto não há homens regidos por leis universais” (p. 74).

Do mesmo modo, para Martin-Baró (2015), não há indivíduo sem história e não há melhor forma de compreendê-lo senão assim. Na perspectiva dialética, que embasa essas propostas, o homem é visto como produto e produtor de sua sociedade e de sua história. Assim, cada pessoa é aquilo que é porque está inserida em uma sociedade que preza determinados aspectos, habilidades, entre outras coisas, para sua sobrevivência.

É importante lembrar algo que está na base da Psicologia Social Crítica e que permite compreendê-la a partir desse paradigma: toda pessoa traz consigo uma história e não deve ser apartada dela. Isso é fundamental para entender o

que se propõe nessa pesquisa, já que essa relação do homem com a cultura e sociedade é o que faz dele ser o que é. Assim,

(...) os processos de conscientização e de participação podem ser alterados em função das relações travadas na vida cotidiana, dos significados que tais relações vão tendo para as pessoas, dos sentidos de comunidade que conseguem construir em seu dia a dia e da importância de tais sentidos para a sua vida (Freitas, 2014 p. 66).

Falando sobre as relações de poder, Martin-Baró (2014) afirma que o poder está presente em todos os aspectos da vida humana¹⁸. Já Martins (2003), trazendo o mesmo autor ressalta que, para a Psicologia Social, é mais interessante se ater ao seu papel na vida cotidiana do que aos eventos não rotineiros. Assim, o poder, para esses dois autores, é entendido como uma relação e não como um objeto.

Ainda com base em Martin-Baró (2014) e Martins (2003), é possível citar três características essenciais para definir poder, que são: o poder se dá nas relações sociais, se baseia na posse de recursos – aqui entendidos como além do econômico, mas também científico, moral, cultural, social, entre outros – e produz um efeito na relação social, ou seja, tanto daquele que o impõe como daquele que obedece.

Dessa forma, a questão do poder se faz fundamental para a Psicologia Social Crítica, sendo imprescindível para uma atuação junto à comunidade que possibilite a transformação social, pois deve-se lembrar que é possível mudar algo e, ainda assim, manter-se intactas as relações de poder, sem alterar, de fato, as estruturas. Sawaia (2009) traz Espinosa para dizer que “não se destrói

¹⁸ Aqui falando sobre o tema saúde, pode-se identificar as relações de poder na díade profissional de saúde – paciente. Historicamente, no Brasil, o modelo biomédico centrado na doença acabou deixando a vivência do paciente de lado, fazendo com que essa relação se estabeleça da seguinte forma: o profissional é que detém o conhecimento sobre a doença e o ‘paciente’ deve acatar suas recomendações, sem questionamentos.

uma tirania eliminando o tirano, pois outros o substituirão caso as relações servis não sejam destruídas. É preciso destruir as relações que sustentam a servidão” (p. 366). Assim, a conscientização¹⁹ e o empoderamento se tornam aspectos fundamentais da Psicologia Social Crítica.

Mas, mais importante do que apresentar essa perspectiva da Psicologia é explicar qual é a práxis²⁰ que ela propõe em nosso contexto. Martin-Baró (1996) remete ao posicionamento ético-político para nos lembrar que a Psicologia deve ter como objetivo ético a libertação da população das condições de opressão, a qual decorre de uma prática contextualizada com a realidade apresentada (Guzzo & Lacerda Jr., 2007).

Porém, isso não é uma tarefa fácil. Guzzo e Lacerda Jr. (2007) nos lembram que a realidade desafiadora, permeada por contrastes e de difícil solução é encontrada em qualquer trabalho que é, de fato, feito de forma consciente. De acordo com eles, “ser psicólogo, fazer Psicologia em um país latino-americano necessita muito mais do que a falsa neutralidade que o positivismo propõe” (p. 233). E é aí que se pode utilizar a Psicologia Social Crítica para oferecer subsídios para discutir uma atuação contextualizada no âmbito da Saúde Pública.

¹⁹ Martin-Baró (1996) nos lembra que o termo conscientização foi cunhado por Paulo Freire na década de 1970 para “caracterizar o processo de transformação pessoal e social que experimentam os oprimidos latino-americanos quando se alfabetizam em dialética com o seu mundo” (p. 15). Assim, para esse autor, conscientização é a “mudança das pessoas no processo de mudar sua relação com o meio ambiente e, sobretudo, com os demais. Não há saber verdadeiro que não seja essencialmente vinculado com um saber transformador sobre a realidade, mas não há saber transformador da realidade que não envolva uma mudança de relações entre os seres humanos” (p. 17). Dessa forma, promover a conscientização é ajudar a as pessoas chegarem a um saber crítico sobre si mesmas e sobre o mundo.

²⁰ Práxis é aqui entendida a partir de Paulo Freire (1979), como um processo em que a ação e a reflexão sobre o mundo são indissociáveis.

Se retomarmos os tópicos *Sobre o Conceito de Saúde e Sobre o Sistema Único de Saúde: organização e propostas*, é possível observar que a palavra social está presente tanto quando se fala da integralidade – um dos princípios do SUS – como também na própria definição de saúde para a OMS. E esse é um aspecto central quando se considera o contexto latino americano. Martin-Baró (1996) nos lembra que

Na América Central, a maior parte do povo nunca teve suas necessidades mais básicas de alimentação, moradia, saúde e educação satisfeitas, e o contraste entre essa situação miserável e a superabundância das minorias oligárquicas constitui-se na primeira e fundamental violação aos direitos humanos em nossos países (p. 8 – 9).

Apesar de o autor referir-se especificamente ao contexto centro americano, pode-se fazer uma transposição dessa desigualdade para o Brasil, onde não há também condições sociais decentes para a sobrevivência de grande parte da população (Guzzo & Lacerda Jr., 2007).

Essa é uma discussão importante para este trabalho. Importar teorias de outros países que não apresentam uma realidade social em que uma parcela significativa da população não tem sequer o que comer (aqui fala-se de uma necessidade básica para o funcionamento ideal do corpo e da mente humana), é desconsiderar tal fato como um dado importante para a atuação do psicólogo. Além disso, essa é a difícil realidade social encontrada pelo psicólogo que se propõe a atuar de forma contextualizada, como afirmam Guzzo e Lacerda Jr. (2007)²¹.

²¹ O Ministério da Fazenda divulgou em maio de 2016 o Relatório da Distribuição Pessoal da Renda e da Riqueza da População Brasileira, com base nos dados do Imposto de Renda de Pessoa Física dos anos de 2015 e 2014. Apesar de, nos últimos anos, o Brasil ter reduzido seu coeficiente de Gini – que mede a desigualdade em números entre 0 e 1, quanto mais próximo a zero, menos desigual é o país e quanto mais perto de um, maior está a concentração de renda em um só local – esse número ainda é muito alto quando comparado com outros países em

Esses mesmos autores ainda ressaltam a importância de uma educação libertadora, que busque o progresso coletivo e não de forma individual apenas, podendo ser relacionada com a proposta da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, do Ministério da Saúde. De acordo com Ceccim e Ferla (2009), ela é entendida, ao mesmo tempo, como uma prática de ensino-aprendizagem, pois, deve produzir conhecimentos no cotidiano de trabalho dos profissionais, a partir de vivências por ele experienciadas, mas também como política de educação em saúde, por envolver esse aprendizado na construção do SUS. Assim, ambas se relacionam por buscarem uma educação crítica e libertadora rumo ao progresso coletivo – tanto dos usuários como dos próprios profissionais, que transformam o SUS dia após dia.

Se pensarmos na Atenção Básica sob essa ótica, observa-se que tal premissa também está presente nos preceitos de prevenção de doenças e promoção de saúde, que deve se dar no âmbito coletivo, fortalecendo a comunidade para que entenda as origens dos problemas que afetam sua saúde e possam lutar para mudá-las.

Martins (2007) faz referência ao pensamento de Silvia Lane, ressaltando que é no grupo que, muitas vezes, os indivíduos identificam que seus problemas não são isoladamente seus, mas podem representar, inclusive, o problema de uma comunidade. De acordo com a autora:

Isoladamente, a pessoa identifica o seu problema como exclusivo, como necessidade individual. No entanto, ao se reunirem, os indivíduos percebem que os problemas, muitas

mesmo estágio de desenvolvimento (Disponível em <http://www.fazenda.gov.br/centrais-de-conteudos/publicacoes/relatorio-sobre-a-distribuicao-da-renda-e-da-riqueza-da-populacao-brasileira/relatorio-distribuicao-da-renda-2016-05-09.pdf>, acessado em 17 de novembro de 2016). Segundo a ONU, o Brasil é o 8º país – dos 177 analisados – mais desigual do mundo (Disponível em http://www.bbc.com/portuguese/reporterbbc/story/2005/09/050907_idhrw.shtml, acessado em 17 de novembro de 2016).

vezes semelhantes, são decorrentes das próprias condições sociais de vida e que a organização coletiva, diferente da ação individual isolada, pode propiciar a resolução de problemas ou a satisfação de necessidades comuns (p. 79).

A mesma autora ainda destaca o importante papel do processo grupal como forma de superar esse individualismo presente até os dias de hoje na Psicologia como um todo. Para ela, um trabalho realizado em comunidade, buscando a autonomia dos indivíduos e o desenvolvimento de sua consciência social é fundamental para uma atuação condizente com a realidade brasileira.

As possibilidades oferecidas pela perspectiva da Psicologia Social Crítica para a atuação do psicólogo na Saúde Pública serão retomadas na apresentação dos resultados e da discussão desta pesquisa a partir da prática de alguns profissionais.

1.2.2 – O cotidiano como base para a conscientização e o empoderamento.

Pode-se perceber que o cotidiano está intimamente ligado a esse enfoque da Psicologia, pois é nesse lugar em que o indivíduo está inserido. Para Heller (2000), a vida cotidiana é vivida por qualquer pessoa, sem nenhuma exceção. Segundo a autora, ninguém consegue permanecer totalmente em sua atividade humano-genérica²² a ponto de se desligar do cotidiano. Porém, nem todos os indivíduos se identificam com o humano-genérico. Dessa forma, pode-se

²² O humano-genérico nada mais é do que a relação consciente do indivíduo com a comunidade, que todo homem apresenta (Heller, 2014). O exemplo oferecido por Heller em seu livro *O Cotidiano e a História* sobre o trabalho elucida a perspectiva da autora. Segundo ela, o trabalho tem motivações particulares (“trabalho porque preciso de dinheiro para me sustentar e sustentar minha família”; “trabalho porque preciso pagar minha faculdade”, entre outros exemplos), mas a atividade do trabalho, que é necessário no âmbito social, é atividade do humano genérico (uma fábrica de alimentos, em seu sentido genérico trabalha para alimentar a população).

perceber como o homem é um ser em movimento dentro de sua vida cotidiana, já que oscila entre sua particularidade²³ e o humano-genérico. O ponto central a ser abordado aqui é que todos têm a possibilidade de não ficar apenas na particularidade e se direcionar ao humano-genérico, mas nem todos o fazem – seja de maneira consciente ou não.

Heller coloca o indivíduo²⁴ no centro das reflexões sobre a vida cotidiana, voltado as suas necessidades diárias de sobrevivência e não um ser excepcional (Patto, 1993). É na vida cotidiana que todas as capacidades, sentidos, sentimentos, ideias e ideologias funcionam. As pessoas também já nascem inseridas em seu cotidiano e o “amadurecimento do homem significa, em qualquer sociedade, que o indivíduo adquire todas as habilidades imprescindíveis para a vida cotidiana (camada social) em questão” (Heller, 2014, p. 33). Dessa forma, o homem aprende no grupo em que está inserido, os elementos da cotidianidade, ou seja, como se portar em determinadas situações, tais como comer, se relacionar, entre outras.

Tomando como base o materialismo histórico, Heller (2000) afirma que “a vida cotidiana não está ‘fora’ da história, mas no ‘centro’ do acontecer histórico: é a verdadeira ‘essência’ da substância social” (p. 20). É interessante observar

²³ A particularidade é a unicidade e a irrepitibilidade, pois se baseia na “assimilação da realidade social dada e, ao mesmo tempo, das capacidades dadas de manipulação das coisas; a assimilação contém em cada caso (...) algo de momento ‘irreduzível’, ‘único’”. (Heller, 2014, p. 35). Dessa forma, a particularidade está voltada para a satisfação das necessidades do “Eu” (que são necessidades humanas que se tornam conscientes no indivíduo, como por exemplo, fome e dores).

²⁴ O indivíduo – ou individualidade - apresenta tanto a particularidade como o humano-genérico, podendo ser essa dialética tanto consciente quanto inconsciente. Dessa forma, o indivíduo “é um ser singular que se encontra em relação com sua própria individualidade particular e com sua própria genericidade humana” (Heller, 2014, p. 37). O indivíduo é a constante possibilidade de oscilação de sua consciência, ora voltada para o “Eu”, ora voltada para o “nós”.

como a historicidade do indivíduo e das relações sociais aparece tanto nos escritos de Heller como de autores da Psicologia Social Crítica.

De acordo com Patto (1993), para Heller, a revolução não é a solução para a transformação social. Isso porque a revolução se torna incompleta se “...deixar intactas as estruturas básicas da vida cotidiana” (p. 122). Assim, Heller identifica que as mudanças devem ocorrer no cotidiano das relações para que sejam efetivas.

Nesse sentido, a discussão de Agnes Heller sobre o cotidiano se encaixa muito bem na perspectiva da Psicologia Social Crítica, especialmente com relação à ideia de que se pode ter uma transformação da sociedade – e não uma adaptação dos indivíduos às suas condições. Esse é o aspecto mais relevante para esse texto. Pensando no cotidiano dos psicólogos da Atenção Básica e considerando os princípios do SUS, onde promover saúde senão no dia a dia das pessoas?

Apesar de Heller não ser psicóloga, ela é uma autora de referência na Psicologia Social Crítica, justamente por subsidiar essa perspectiva, e, nesse sentido, alguns temas de destaque da Psicologia Social Crítica que se relacionam com o cotidiano merecem ser tratados aqui. A alienação e a conscientização são alguns dos principais.

Para Martin-Baró (1996), o trabalho do psicólogo deve objetivar a consciência dos povos, como forma de desalienar a população, de maneira tanto individual como coletiva, para que elas possam ter um saber crítico sobre elas mesmas e sobre a sua realidade. Para ele, “a conscientização não só possibilita, mas facilita o desencadeamento de mudanças, o rompimento com os esquemas

fatalistas que sustentam ideologicamente a alienação das maiorias populares” (Martin-Baró, 1996, p. 18). Dessa forma, o psicólogo pode dar condições para que a conscientização de indivíduos e grupos aconteça, fazendo-os pensar criticamente sobre si mesmos e sobre sua própria realidade, ou seja, reverter o processo de alienação (Martin-Baró, 1996).

Para o empoderamento, também se faz necessária a conscientização, pois, só assim, indivíduos e grupos podem lutar para mudar sua realidade. Para Martin-Baró (1996), a consciência é “o saber, ou o não saber sobre si mesmo, sobre o próprio mundo e sobre os demais (...)” (p. 14). Além disso, “é uma realidade psicossocial” (p. 14) e

...inclui, antes de tudo, a imagem que as pessoas têm de si mesmas, imagem que é o produto da história de cada um, e que obviamente, não é um assunto privado; mas inclui, também, as representações sociais e, portanto, todo aquele saber social e cotidiano que chamamos “senso comum”, que é o âmbito privilegiado da ideologia (p. 14).

É interessante observar que, para Martin-Baró, consciência e alienação estão estritamente interligadas, pois, para se libertar da alienação, é preciso ter consciência, tanto individual como grupal. De acordo com o autor, um ser humano alienado não atinge seu grau completo de desenvolvimento. Vive sempre amarrado às ideologias dominantes, às injustiças, empobrecendo-se como indivíduo livre e pensante a cada dia que passa. Para Guzzo e Lacerda Jr. (2007), autores como Martin-Baró e Prilleltensky afirmaram que a conscientização é uma atividade necessária para os psicólogos, entendendo-a como um processo gradual em que o homem é agente de sua própria história.

Mais importante do que apenas apresentar e conceituar a consciência é mostrar como promover a conscientização e qual o papel da psicologia. Pode-se dizer que, para Martin-Baró, o trabalho junto aos indivíduos e grupos pode ser

um caminho nesse sentido. A desideologização se faz presente quando se fala da atuação do psicólogo social e alienação. Segundo Martin-Baró (1985), o psicólogo deve desmascarar a ideologia antipopular que justifica a exploração, a pobreza e a opressão como providência divina, gerando o que se chama de fatalismo. Isso impede que a democracia, a igualdade e o desenvolvimento pleno do ser humano avancem.

Apesar de Martin-Baró não referir-se diretamente ao cotidiano, é ali que esse tipo de trabalho pode acontecer. É nele que o psicólogo pode buscar formas de conscientizar e empoderar a comunidade e/ou indivíduos que nela estão inseridos, possibilitando que eles possam enfrentar as adversidades de suas vidas. Além disso, podem identificar as contradições, buscando superar o fatalismo, questionando situações dadas como naturais e imutáveis. É interessante observar que são as mudanças da práxis desses profissionais no cotidiano que podem ajudar nas mudanças no cotidiano da população.

De acordo com Guzzo e Lacerda Jr. (2007),

Promover o fortalecimento entre profissionais que trabalham com os oprimidos, que vivem os males de um sistema injusto, que defrontam-se dia-a-dia em seu trabalho com os resultados de um sistema que muitos deles sustentam, é um dos diferentes meios que a Psicologia pode dispor, não somente para promover o bem-estar, mas para o intento da mudança social (Guzzo e Lacerda Jr., 2007, p. 235).

Referindo-se ao fortalecimento das comunidades, Guzzo e Lacerda Jr. (2007) também afirmam que, ao se desenvolver atividades que têm como premissa o fortalecimento dos indivíduos em sua realidade, as pessoas acabam tendo maior controle sobre suas vidas e desenvolvem habilidades e sentimento de competência.

O conceito de autonomia também é caro à Psicologia Social Crítica. Sánchez (2015) ressalta que a definição de autonomia que se tem em amplo espectro é voltada para o individual, o que gera problemas quando se quer trabalhar esse conceito no coletivo²⁵. Isso porque acaba fomentando o individualismo e a distancia cada vez mais de uma atuação centrada no coletivo/comunidade. Dessa forma, o mesmo autor sugere uma modificação e ampliação dessa definição, para que ela seja voltada para o coletivo, sendo assim compatível com o desenvolvimento humano junto com a sua comunidade.

É preciso deixar claro que falar de autonomia coletiva não significa que a autonomia individual não deva ser desenvolvida, mas que é possível ter uma colaboração pessoal voltada para o social, ou seja, para objetivos que transcendem os objetivos meramente pessoais (Sánchez, 2015) ou, como diria Agnes Heller, voltadas para o humano genérico. Assim, é preciso superar uma autonomia *de* e se partir para uma autonomia *para*, rumo ao desenvolvimento das potencialidades humanas.

É interessante lembrar que a autonomia é também um dos eixos norteadores para ações em promoção de saúde, conforme afirmam Fleury-Teixeira, Vaz, Campos, Álvares, Aguiar e Oliveira (2008). Assim, ao realizarem ações desse caráter, os profissionais de saúde estão buscando a autonomia de indivíduos e da comunidade, o que está na base do conceito de empoderamento.

²⁵ É importante esclarecer que o termo autonomia não é um valor absoluto, conforme nos lembram Onocko-Campos e Campos (2006). Para esses autores, esse termo não deve ser entendido como um antônimo de dependência ou como uma liberdade, mas como uma “capacidade do sujeito lidar com sua rede de dependências” (p. 2). Dessa forma, a autonomia é “um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmo e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos” (p. 2). Deve-se lembrar que a autonomia depende também da cultura em que o indivíduo está imerso – do funcionamento da economia e existência de políticas públicas, por exemplo.

É por meio do empoderamento que as ações em promoção em saúde possibilitam ao indivíduo e às coletividades um “aprendizado que os torne capazes de viver a vida em suas distintas etapas e de lidar com as limitações impostas por eventuais enfermidades” (p. 2031). Dessa forma, essas ações podem ser realizadas em diversos locais como a escola, a própria casa, o trabalho e também nas coletividades.

Observa-se que a perspectiva de transformação social apresentada pela Psicologia Social Crítica é compatível com a promoção em saúde proposta no SUS. Essas duas vertentes defendem que suas ações devem ser voltadas para que os indivíduos e os grupos sejam capazes de transformar a realidade em que vivem. E, para que isso ocorra, precisam trabalhar rumo à conscientização e ao empoderamento.

Essa forma de compreender a realidade social é de extrema importância para a atuação do psicólogo no contexto da Atenção Básica. O aporte da Psicologia Social Crítica em diálogo com o conceito de cotidiano em Heller apresenta subsídios interessantes para embasar o trabalho desse profissional. Essas questões foram observadas durante o trabalho de campo desta pesquisa, conforme será discutido mais à frente. Antes, porém, será apresentado o método utilizado.

2

FAZENDO A PESQUISA...

Para iniciar esse capítulo, é preciso afirmar que a pesquisa apresentada aqui teve caráter qualitativo. Segundo Gerhardt e Silveira (2009), nesse tipo de pesquisa, a descrição e explicação de fatos que produzam novas informações aprofundadas são mais interessantes do que a necessidade de replicação e validação de resultados, como acontece na pesquisa quantitativa. Esse método também não se atenta a uma grande representatividade numérica, pois, se vale da compreensão, explicação e aprofundamento de grupos e das dinâmicas relações sociais.

Monteiro (1991) afirma que a valorização do contato direto do pesquisador com o campo em que se dará o estudo, assumindo que os fenômenos ali observados têm relação direta com o contexto onde se realiza a investigação é um aspecto relevante na pesquisa qualitativa. Também é importante que o pesquisador esteja atento aos diversos elementos presentes na situação estudada, averiguando “como um determinado problema se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas” (p. 28 – 29). Os significados atribuídos às situações, às coisas e até à vida também devem ser foco de atenção do pesquisador, já que contêm informações valiosas para a realização da pesquisa qualitativa.

De acordo com a mesma autora, as informações obtidas são, em sua grande maioria, descritivas, podendo aparecer em forma de descrições de

situações, lugares, pessoas, acontecimentos, além de entrevistas, fotografias e depoimentos, por exemplo. Essas informações podem ser registradas em forma de vídeos ou com a utilização de gravadores, além de anotações escritas. Ainda, a pesquisa aqui realizada pode ser enquadrada no que Lane (1994/2006) chama de pesquisa participante, pois “acompanha durante um certo tempo o processo de vida social de um grupo e, dentro dele, entende[-se] as atividades e consciências individuais que se desenvolvem num contexto histórico mais amplo” (p. 76).

Assim, para a realização desta pesquisa, parte-se da ideia de campo-tema, tal qual definida por Spink (2003; 2008), para a aproximação com o campo. De acordo com o autor, na Psicologia Social, o campo não é necessariamente o lugar onde se realiza a pesquisa, mas “o argumento no qual estamos inseridos; argumento este que tem múltiplas faces e materialidades, que acontecem em muitos lugares diferentes” (p.28). Ele também afirma que

A visão clássica e ainda dominante de “campo” na psicologia social é de um lugar onde as pessoas podem ser vistas no seu habitat “natural”, que existe num lugar específico, e quando o pesquisador não está mais naquele lugar, não está mais no campo. Estar no campo pode ser um período intenso de viver junto, ou simplesmente uma série de visitas. (...) Estamos no campo porque estamos no campo-tema como matriz de questionamento e argumento, de ação e narração (Spink, 2008, p. 73 - 74).

Dessa forma, está-se fazendo trabalho de campo na pesquisa tanto quando num local específico, como enquanto se faz registros em diários de campo, quando se lê sobre o tema e, inclusive, quando se reflete para escrever a análise.

Para analisar os resultados da pesquisa, foi utilizada a hermenêutica-dialética, proposta por Minayo (2014), tomando Habermas (1987) como base.

Desse modo, não se partiu de hipóteses definidas *a priori* em busca de uma confirmação ou negação, mas de assuntos amplos que se especificaram e tomaram forma no decorrer dessa pesquisa.

De acordo com Minayo (2014), a hermenêutica busca compreender o sentido da vivência tendo a linguagem como estrutura central. Do ponto de vista metodológico, procura explicar o contexto dos atores e suas ações, além de assumir uma posição sobre tudo o que ouve e observa. Já a dialética busca as contradições apresentadas na linguagem (não só entendida como verbal) para realizar sua crítica. Assim, enquanto a hermenêutica destaca a mediação, o acordo e a unidade de sentido, a dialética enfatiza a diferença, o contraste e a ruptura de sentido, ou seja, a crítica (Minayo, 2014). Todavia, ambas têm em comum a ideia da historicidade para a compreensão do sujeito/mundo, partem do pressuposto de que não há observador imparcial e extrapolam o conceito de que são meras ferramentas de pensamento, podendo, assim, ser complementares na análise de pesquisas que envolvem contextos sociais.

Os pressupostos da hermenêutica-dialética são adequados para a pesquisa aqui apresentada, pois esta considera a historicidade do sujeito e dos processos sociais, se propõe a fazer uma crítica, busca compreender as atuações de psicólogos na cotidianidade, rejeitando a suposta neutralidade – tanto do pesquisador como da própria Psicologia enquanto base para uma ação contextualizada.

Porém, é importante esclarecer que, por conta das limitações desta pesquisa de mestrado e do objetivo desse trabalho, explorou-se muito mais os sentidos dados pelos sujeitos para suas práticas do que as contradições

existentes no cotidiano e em suas falas/ações. Assim, a hermenêutica se mostra mais presente na análise e discussão dos resultados.

2.2 – Contexto e Cenário da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Campinas²⁶, no interior de São Paulo. Tal escolha se justifica por ser a mesma cidade em que realizo o Mestrado pela PUC-Campinas e também pela proximidade com a cidade onde moro atualmente. Todavia, uma importante razão para tal escolha se deve à história de Campinas com relação à saúde.

Alguns sanitaristas militantes do Movimento da Reforma Sanitária, vinculados à UNICAMP, como Nelson Pereira dos Santos, Gastão Wagner Campos e Emerson Merhy, por exemplo, são referências importantes para a formulação do SUS e ainda lutam por um serviço de qualidade. Assim, suas concepções sobre os assuntos relacionados à saúde impactaram – e ainda impactam – o modo como esse sistema está estruturado, tanto no município como a nível nacional e internacional. A proposta do matriciamento, por exemplo, que nasceu em Campinas, se transformou em diretriz nacional do SUS para o cuidado em saúde. É importante destacar, ainda, que, nesse município, a inserção dos psicólogos nas equipes da atenção básica foi pioneira e acontece desde a década de 1970.

²⁶ É importante dizer que cada município tem grande autonomia para implantar e desenvolver as políticas de saúde de acordo com suas características, não somente dos determinantes do processo saúde-doença, mas também políticas, o que influencia fortemente a forma como as ações se organizam nos municípios.

Segundo Figueiredo e Onocko Campos (2009), a cidade também se destaca no nível nacional pelo seu pioneirismo na Reforma Psiquiátrica, além de contar com equipamentos – como os CAPS III em todos os Distritos Sanitários – ainda raros em outras cidades. Pude observar esse lugar ocupado por Campinas durante minha própria pesquisa. Inicialmente, tentei contato com outra cidade do interior de São Paulo, porém, fui surpreendida pelo fato de que, naquele município, o psicólogo não atuava em Centros de Saúde e, sim, no modelo ambulatorial.

Campinas contém atualmente 61 Centros de Saúde, divididos em cinco macrorregiões (Norte, Sul, Leste, Sudoeste e Noroeste), – chamados de Distrito de Saúde. Os Centros de Saúde possuem território e população bem definidos, sendo que a ideia é que fiquem próximas às casas de seus usuários. De acordo com o site da Prefeitura de Campinas <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/unidades/centros-de-saude/>, acessado em 03 de junho de 2016, há um Centro de Saúde para cada 20.000 habitantes²⁷, sendo que, cada um atende a um ou mais bairros próximos à sua área de abrangência. Com a Estratégia de Saúde da Família, as equipes das unidades foram divididas em equipes de ESF – chamadas de equipes de referência –, sendo atribuído a cada uma delas uma parte do seu território.

No mesmo site citado acima, também é possível acessar a informação de que todas as Unidades Básicas de Saúde contam com equipe multiprofissional – compostas por médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, dentistas e outros profissionais –, porém apenas um terço desse número possui

²⁷ Esse número corresponde à uma média aritmética. Há Centros de Saúde que atendem, por exemplo, 12.000 habitantes, enquanto outros, maiores, chegam a atender quase 50.000 usuários.

trabalhadores de saúde mental, como psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais, por exemplo. Isso significa que de 61 Unidades Básicas de Saúde, aproximadamente 20 contam com profissionais da área da saúde mental, sendo que algumas podem ter mais de um. Como será discutido no próximo capítulo, a estruturação dessas equipes em NASFs também tem características peculiares nesse município.

Os Centros de Saúde nos quais trabalham os participantes desta pesquisa se encontram em um mesmo Distrito de Saúde. Esse Distrito abrange uma população de 213 mil habitantes, sendo, aproximadamente 20% de toda população de Campinas. O primeiro Centro de Saúde que visitei abrange uma população de quase 27 mil pessoas e, dentre os que estive durante essa pesquisa, é o que engloba o maior número de usuários para a mesma unidade. Já o segundo atende cerca de 21 mil pessoas e o último chega a um número próximo a 20 mil, sendo o que abrange a menor quantidade de pessoas. Os três Centros de Saúde têm uma população jovem, com grande número de crianças e jovens adultos, o que está em consonância com a característica do Distrito em que estão localizados (Dados da Coordenadoria de Informação e Informática/SMS-Campinas, disponível em <http://tabnet.campinas.sp.gov.br/tabnet?populacao/pop3.def>, acessado em 18 de novembro de 2016).

Esse Distrito de Saúde conta com 23 equipamentos de saúde, sendo que, desses, 12 são Centros de Saúde. Todos os Centros de Saúde do Distrito possuem, pelo menos, um profissional de saúde mental e apenas três não apresentam psicólogos em seu quadro de profissionais (Disponível no site da Prefeitura de Campinas

<http://www.campinas.sp.gov.br/governo/saude/unidades/centros-de-saude/>, acessado em 16 de novembro de 2016). Trata-se de uma das regiões mais carentes do município, cuja população é bastante dependente dos serviços públicos.

É importante esclarecer, também, que cada Unidade Básica de Saúde possui suas características, sejam elas de distribuição de salas, locais de espera, ou o próprio jeito de os trabalhadores organizarem suas rotinas. E essa certa ‘liberdade’ para organizar o trabalho de acordo com as particularidades locais é uma característica do município de Campinas. A exemplo disso, pode-se afirmar que dois dos profissionais que participaram dessa pesquisa possuem locais próprios de trabalho – um deles, inclusive, é chamado de “sala da Saúde Mental” –, enquanto que o terceiro utiliza qualquer sala (que tem as características de um consultório) que esteja disponível no momento em que necessita. Foi visto que apenas um deles tem uma disposição de sala diferenciada, que contém uma grande mesa redonda com várias cadeiras, fugindo ao modelo ‘clássico’ de mesa com lugares para os usuários e psicólogo já ‘pré-determinados’.

Sabe-se, também, que as características dos Centros de Saúde mudam em relação a outros Distritos. Em locais onde há uma maior estrutura social, os CS se organizam de forma diferente dos lugares nos quais há extrema vulnerabilidade socioeconômica, por exemplo. Assim, para além da possibilidade de cada Centro de Saúde de organizar seu trabalho de acordo com as características locais, há, em geral, também uma maior precarização dos serviços onde a pobreza se destaca.

As plantas físicas dos três Centros de Saúde são relativamente similares, contando com uma recepção logo na entrada e salas espalhadas pelos diversos

corredores. Há também 'salas de espera' após a recepção em todas essas unidades, onde os usuários que já passaram pela recepção aguardam atendimento. Um dos Centros de Saúde possui uma configuração diferente dos demais, pois a maioria das salas está distribuída ao lado umas das outras, concentrando o fluxo de usuários nesse lugar. Nos outros locais, as salas se encontram em vários corredores. Assim, há um maior trânsito de usuários pelo CS.

Também em dois dos Centros de Saúde há uma sala indicada para a realização dos grupos. No terceiro, os grupos são feitos em salas de atendimento. Porém, como já relatado, esse é o mesmo CS em que o psicólogo possui uma estrutura diferenciada em sua sala, fazendo com que os grupos que ele conduz sejam realizados nesse local. Em todos eles, há uma sala onde se encontram os prontuários – também chamados de Ficha Familiar – dos usuários, instrumento importante para todos os profissionais do Centro de Saúde.

Os três psicólogos possuem espaços de convivência em comum com os outros profissionais, onde se encontram uma cozinha, banheiros para uso exclusivo dos funcionários e armários. Em geral, há uma mesa grande para que almoços e cafés sejam realizados. Esses locais comuns aos trabalhadores propiciam momentos de conversas descontraídas, mas também se mostrou um espaço em que alguns profissionais aproveitam para se informar sobre o andamento dos casos e sobre notícias importantes da comunidade.

2.3 – Participantes da Pesquisa

Acompanhei o trabalho de três psicólogos vinculados a diferentes Centros de Saúde do município de Campinas no período de janeiro a junho de 2016. A escolha da quantidade de participantes se deu pelo fato de entender que, na pesquisa qualitativa, o que interessa é a compreensão aprofundada daquilo que é estudado e não a representatividade numérica de participantes. O critério de inclusão para esta pesquisa era que o participante fosse formado em Psicologia e atuasse na função de psicólogo em um Centro de Saúde da cidade de Campinas e a escolha da região em que os participantes trabalham não foi pré-estabelecida.

Os participantes foram indagados quanto ao seu interesse em colaborar com a pesquisa e, assim, foi requerida sua devida autorização, mediante a assinatura de um termo de consentimento para a realização das entrevistas e do acompanhamento do cotidiano de trabalho. Com a finalidade de manter o sigilo sobre suas identidades, apresento-os por meio de nomes fictícios, evitando dados que possam possibilitar sua identificação. Dessa forma, os participantes da pesquisa foram:

Renato, 33 anos, formado por uma universidade pública. Relata que, já na graduação, teve contato com práticas voltadas para a comunidade em estágios de disciplinas. Renato fez mestrado em Saúde Coletiva. Seu envolvimento com o movimento estudantil e com a militância também é uma informação muito importante de ser mostrada, já que ajuda a compreender como ele desenvolveu uma postura crítica em relação à sua prática.

Ana Paula, 34 anos, psicóloga formada por uma universidade particular reconhecida no interior paulista. De acordo com seu relato na entrevista, durante a graduação, teve interesse pela Psicologia Hospitalar, tentando, sempre que possível, voltar sua formação para essa área. Assim, realizou estágio e aprimoramento em um hospital. Também trabalhou na Assistência Social antes de ir para o Centro de Saúde. Ana Paula já havia trabalhado em outros municípios do Estado de São Paulo como psicóloga na Saúde, mas relata uma experiência mais voltada para a lógica ambulatorial.

Felipe, 31 anos, psicólogo formado por uma universidade pública. Conta que, desde a graduação, já tinha interesse em assuntos como Reforma Psiquiátrica e Luta Antimanicomial. No momento da realização desta pesquisa, também fazia mestrado em Saúde Coletiva. É preciso dizer também que ele é preceptor de uma psicóloga de um programa de residência multiprofissional – Letícia –, que foi alocada no Centro de Saúde onde ele atua, a qual também pareceu ter uma visão crítica em relação à sua prática.

2.4 – O percurso da pesquisa

Para mostrar claramente como foi a inserção no campo-tema, relato o percurso dessa pesquisa.

Inicialmente, foi pensado na realização de entrevistas como a forma de trabalho de campo, porém, percebeu-se que apenas isso não dá conta da complexidade do que se pretende abordar nessa pesquisa. Sobre isso, Deslandes (2007) afirma que, ao escolher a técnica de entrevista, o pesquisador não conseguirá apreender fidedignamente a prática das pessoas, mas apenas

as narrativas sobre ela. Por isso, foi priorizado o acompanhamento do cotidiano de psicólogos nos seus respectivos locais de trabalho, entendendo que participar da rotina desses profissionais seria uma forma de enriquecer a pesquisa.

A proposta, então, foi acompanhar o cotidiano de psicólogos que trabalham desenvolvendo essa função em Centros de Saúde em Campinas, a fim de observar e participar das práticas desses profissionais em suas atividades de trabalho no dia-a-dia por um período de tempo e, apenas depois desse período, realizar entrevistas com cada um deles para aprofundar questões que surgiram no transcorrer do trabalho de campo.

Após essas considerações, entrei em contato com os participantes por meio da rede de contatos (Hammersley & Atkinson, 2001) da orientadora da pesquisa, que indicou o primeiro possível sujeito, o qual aceitou participar da pesquisa e, posteriormente, indicou os outros dois participantes. Ele foi indicado justamente por ter uma postura crítica em relação à sua atuação. A ideia inicial era buscar pessoas que tivessem diferentes tipos de atuação, mas, tendo em vista a riqueza de informações obtidas durante o acompanhamento desse participante, optou-se por manter apenas profissionais que apresentam uma crítica em relação aos seus trabalhos. Por isso, o primeiro participante indicou outros profissionais.

Partindo dos pressupostos metodológicos adotados, acompanhei o trabalho dos três psicólogos vinculados a diferentes Centros de Saúde no período de janeiro a junho de 2016. O tempo em que fiquei em cada Unidade foi de aproximadamente dois meses, com uma frequência média de duas vezes por semana. Depois de cada visita, as diversas informações e reflexões sobre os

acontecimentos do dia eram registradas em um diário de campo. Também optei por frequentar uma Unidade de cada vez, durante dois meses. Esse período foi estabelecido pelo fato da limitação de tempo para a conclusão do mestrado. Foi entendido que esse intervalo seria suficiente para participar de diversas atividades e proporcionaria uma boa continuidade para compreender as várias relações estabelecidas no trabalho. Com isso, tentei fazer parte nas mais diversas atividades desses psicólogos, como, reuniões com diversos profissionais para a discussão de casos entre os diversos aparelhos de saúde de uma região, bem como reuniões específicas de profissionais de saúde mental, acompanhá-los em seus grupos dentro e fora dos Centros de Saúde, fazer visitas domiciliares, entre outras atividades²⁸.

É importante ressaltar que acompanhei apenas as atividades em que os psicólogos participavam. Porém, como trabalham com outros profissionais, sua relação com eles também se mostra presente nessa pesquisa. Será possível notar, na análise, o que outros profissionais dos Centros de Saúde dizem sobre a atuação do psicólogo, que também ajudam a compreender a dinâmica de trabalho em cada local.

A ideia inicial era ter dias previamente estabelecidos para frequentar as Unidades, porém, a experiência mostrou que dias flexíveis permitiriam observar/participar de um maior número de atividades e também ver o trabalho desses profissionais durante todos os dias da semana. Assim, optei por frequentar os Centros de Saúde de acordo com a agenda do profissional estabelecida para a semana. Deixar de participar de atividades interessantes,

²⁸ A única atividade em que eu não pude acompanhar o psicólogo da Unidade Básica foi no atendimento clínico individual, por uma questão de sigilo e contrato entre o usuário e o profissional.

em que poderia detectar diversas relações para ficar engessada em dias fixos não estava de acordo com a perspectiva buscada nesta pesquisa. Isso porque as relações são sempre muito dinâmicas e estão em constante movimento (Guareschi, 2000).

Depois do período em campo com cada psicólogo ter se encerrado, foram realizadas entrevistas com eles, com a finalidade de ouvir suas representações em relação a sua atuação na Atenção Básica. As entrevistas foram realizadas individualmente, para que não houvesse influência dos demais nas respostas dadas.

A entrevista aberta – tipo aqui adotado – permite que o participante fale o mais livremente possível, sem se sentir preso a uma sequência de perguntas e respostas (Hammersley & Atkinson, 2001), adquirindo caráter de conversa, prezando que o participante se sinta à vontade para contar sobre sua rotina de trabalho e suas opiniões e impressões. Dessa forma, a entrevista não continha um roteiro a ser seguido, mas assuntos a serem discutidos, sendo, então, uma entrevista aberta,

cuja sequência e minuciosidade ficarão por conta do discurso dos sujeitos e da dinâmica que flui naturalmente no momento em que entrevistador e entrevistado se defrontam e partilham uma conversa permeada de perguntas abertas, destinadas a "evocar ou suscitar" uma verbalização que expresse o modo de pensar ou de agir das pessoas face aos temas focalizados, surgindo então a oportunidade de investigar crenças, sentimentos, valores, razões e motivos que se fazem acompanhar de fatos e comportamentos, numa captação, na íntegra, da fala dos sujeitos (Biasoli Alvez & Dias da Silva, 1992, p. 64).

Assim, iniciou-se a entrevista pedindo para que o participante contasse sobre sua trajetória profissional (desde a formação até os dias atuais) e, a partir disso, a conversa foi sendo estabelecida. O fato de que já havia estado por algum tempo com o profissional a ser entrevistado propiciou uma dinâmica mais

informal à entrevista ao mesmo tempo em que possibilitou que algumas perguntas mais específicas em relação ao cotidiano do profissional fossem apresentadas, na tentativa de buscar compreender, da melhor forma possível, sua atuação e também (re)pensar suas práticas.

Um dos motivos importantes para a escolha da entrevista é que ela permite um tempo e um espaço para uma conversa mais aprofundada. Durante o trabalho de campo, foi possível observar que o dia a dia dos psicólogos nas Unidades permitia pouco espaço para que uma conversa mais longa se desenvolvesse. Assim, uma entrevista sem interrupções ou hora para acabar se tornou um momento importante para a obtenção de informações que não foram acessadas durante a permanência em campo, para a confirmação de outras e, inclusive, para a identificação de possíveis contradições entre a fala do participante e sua prática. A ideia foi buscar que as entrevistas e as visitas se complementassem, dando subsídios para uma análise consistente e profunda sobre o *quefazer* desses profissionais.

3

DIALOGANDO...

“Observar, pensar e imaginar coincidem e constituem um só processo dialético.

Quem não usa a fantasia poderá ser um bom verificador de dados, mas não um pesquisador”

(Bleger, 1975, p. 22)

Após a leitura minuciosa de todos os diários de campo e das entrevistas, os resultados foram organizados em três categorias temáticas. A primeira diz sobre a inserção dos psicólogos participantes no nível primário de cuidado em saúde, abordando a questão de trabalharem com os preceitos do NASF ou não, além de trazer suas relações cotidianas de trabalho e a interdisciplinaridade como tema. Essa categoria possibilita apresentar maior detalhamento sobre o contexto em que cada profissional está inserido. Já a segunda categoria aborda o tema das práticas realizadas, enfatizando o trabalho para além dos muros dos Centros de Saúde ou, como os próprios psicólogos afirmam, uma atuação *“no território”*. Nesse momento, fala-se sobre práticas que os profissionais efetivam e suas considerações sobre elas, como a realização de grupos, a hierarquia presente nas relações e também como o social perpassa as questões em saúde. A terceira categoria refere-se à formação e ao posicionamento político desses psicólogos e como isso influencia suas ações de trabalho cotidianas, trazendo também uma discussão sobre como uma formação desde a graduação já voltada para o SUS poderia contribuir para uma atuação mais contextualizada.

3.1 – Sobre a inserção dos psicólogos na Atenção Básica de Campinas

A inserção do psicólogo no Sistema Único de Saúde pode se dar de diversas maneiras, o que também não é diferente na Atenção Básica. Um tema muito discutido na introdução dessa pesquisa e que perpassa a inserção do psicólogo na Atenção Básica, é a Estratégia da Saúde da Família.

Conforme já foi apresentado no capítulo anterior, Campinas teve uma maneira específica de implantar a ESF, mantendo, em geral, diversas equipes em um Centro de Saúde. Já o NASF, que faz parte da proposta dessa estratégia também tem características peculiares no município e, mesmo, em diferentes regiões ou unidades de saúde. No período do trabalho de campo desta pesquisa, tive a oportunidade de presenciar a implantação do NASF em dois dos Centros de Saúde dos quais estive. Na prática, o que parece ter ocorrido com essa mudança foi que os profissionais que, antes, eram referência para as equipes da ESF do Centro de Saúde onde estavam alocados – o que já é bastante, considerando que cada local conta com cerca de três ou quatro equipes –, passaram a fazer parte de uma equipe multiprofissional que se tornou referência para mais de uma unidade.

Renato e Ana Paula são profissionais que se juntaram ao formar o NASF que leva o nome das duas Unidades em que trabalham. Dessa forma, eles deveriam dar conta dos territórios dos dois Centros de Saúde, só que, agora, de forma conjunta. Porém, na prática cotidiana, eles entraram em um “*acordo*” de que cada um continuaria com suas próprias atividades em seus respectivos

Centros de Saúde, juntando-se apenas em algumas atividades em grupo e reuniões. Dessa forma, observa-se que, apesar da norma prescrita pela Secretaria de Saúde, eles mantiveram a forma de trabalhar e os locais com os quais já estavam habituados. Já a Unidade em que Felipe trabalha não adotou o NASF e ainda se trabalha na lógica anterior, ou seja, ele continua sendo referência apenas para o Centro de Saúde no qual está inserido.

Durante o trabalho de campo, não foi possível apreender as diferenças entre essas duas formas de atuar. Renato, Ana Paula e Felipe realizavam, em sua grande maioria, o mesmo tipo de atividade. Porém, a diferença parece ser que, na lógica do NASF, havia mais reuniões para discutir os casos. Pode-se perceber também um grande esforço por parte dos profissionais de acompanhar os grupos e conhecer o “*novo*” território que lhes foi atribuído.

Considerando que o matriciamento, carro-chefe do NASF, já era praticado em Campinas antes de sua implantação, como a própria Ana Paula afirma. Pode-se perceber, assim, que a implantação dos NASF nesse município seguiu mais uma lógica de adequação oficial às exigências do Ministério da Saúde para liberação de verbas do que um princípio de ampliação de acesso e de qualificação das ações desenvolvidas para o cuidado em saúde. Como foi relatado por uma fisioterapeuta do NASF, não houve contratação de novos profissionais para esses núcleos, mas apenas o reaproveitamento de quem já estava na rede.

Dessa forma, parece que a ideia foi implementar o NASF em algumas unidades, mantendo o mesmo tipo de vínculo e de relações anteriores, sem a ampliação do número de profissionais. Isso pode explicar a razão de não se

perceber grandes diferenças nas atuações de profissionais que estão e não na lógica do NASF e também porque aqueles que fazem parte decidiram manter suas ações restritas aos seus respectivos Centros de Saúde, unindo-se apenas em algumas atividades.

Sandra, terapeuta ocupacional do NASF²⁹, comenta a implementação desse apoio em outro momento. Apesar de ela não ser participante direta desta pesquisa, seu comentário é interessante para pensar essa questão. Ela afirma que, desde que começou a trabalhar como referência para dois Centros de Saúde, sente que está fazendo suas atividades de forma mais superficial, pois não consegue, de fato, estar inserida nos dois lugares. Com o aumento dos casos que agora competem a ela, Sandra não consegue mais saber dos acontecimentos – tanto da vida dos sujeitos como de suas relações com o CS – de forma aprofundada. Essa é uma fala muito interessante do ponto de vista da qualidade do serviço oferecido. Sua fala demonstra que, apesar de se esforçar para conhecer a história dos sujeitos e estar no território, em alguns momentos, isso se torna impossível, tanto por conta da sobrecarga de trabalho como pela sua carga horária, que se torna insuficiente para dar conta do tanto de trabalho que tem de realizar.

Em relação à demanda por atendimento psicológico clínico, foi possível observar que todos os psicólogos que participaram dessa pesquisa relatam, em algum momento da entrevista ou da sua rotina de trabalho, que ela está presente em seu dia-a-dia. Felipe chega, inclusive, a afirmar que ele precisa se mostrar ativo para fazer outras ações de cunho mais preventivo e de promoção em

²⁹ Sandra é a única terapeuta ocupacional do NASF dos Centros de Saúde de Renato e Ana Paula. Isso pode contribuir ainda mais para o seu relato de sobrecarga de trabalho.

saúde, pois, a demanda por atendimento é “*gigantesca*”, sendo, sobretudo de pessoas que já apresentam problema de saúde mental. Ele também diz que, por conta disso, tem o costume de permanecer no Centro de Saúde depois de seu horário de trabalho, para resolver situações que não deu conta durante o dia.

Com essa fala e a de Sandra, pode-se perceber um grande esforço dos profissionais de saúde por tentar entender e cuidar da população de seu território, mesmo que isso extrapole sua carga horária de trabalho. Ambos demonstram preocupações em relação a essa grande demanda, tanto para os usuários – que ficam com um atendimento mais restrito – como para eles próprios, já que Felipe afirma que não dar conta da demanda gera muito “*sofrimento*” para ele.

Outro tema relevante quando se fala das ações dos psicólogos é sua relação com os demais profissionais dos Centros de Saúde. Os três participantes desta pesquisa realizam atividades com seus colegas, principalmente grupos e visitas domiciliares. É válido lembrar que Letícia, a residente, participava da maioria dos grupos que Felipe conduzia.

Foi possível notar que alguns grupos estão mais voltados para os cuidados psicoterapêuticos e, por isso, são realizados apenas pelos profissionais da Saúde Mental, ou seja, psicólogos, terapeutas ocupacionais e psiquiatras. Mas eles também realizam atividades grupais com médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros profissionais.

A interação com o restante da equipe também fica evidente em reuniões e até em conversas informais pelos corredores das Unidades, por exemplo. Assim, se os demais profissionais não aparecem como protagonistas nessa

pesquisa, é importante construir uma história em que eles estão incluídos. Esse fato indica uma posição dos participantes desta pesquisa em não trabalharem de forma isolada nos seus consultórios, de acordo com a prática hegemônica já criticada na introdução desta dissertação. Nesse sentido, a interdisciplinaridade é um tema relevante a ser discutido aqui. Ana Paula, durante a entrevista, comenta sobre a importância de se fazer um trabalho interdisciplinar. Segundo ela, é interessante

...trabalhar junto com as equipes de saúde da família (...) [para] ajudar as equipes a pensar sobre os usuários, as situações. Cada um pensando um pouquinho no seu núcleo, a gente vai pensando, trocando e produzindo um novo conhecimento. (...) [É importante] contribuir com o nosso saber para as situações.

Esse é um olhar importante para a Atenção Básica. Como já mostrado na introdução, a interdisciplinaridade é fundamental nesse nível de cuidado. Assim, quando os psicólogos trabalham com os demais profissionais, todos podem incluir saberes que irão ajudar a se ter uma visão interdisciplinar e mais contextualizada sobre cada caso ou situação.

Ainda falando sobre a inserção dos psicólogos na Atenção Básica, um fato importante que aconteceu inesperadamente durante o trabalho de campo desta pesquisa, é emblemático. Trata-se da greve dos servidores públicos de Campinas, que teve duração de 22 dias, sendo encerrada após acordo judicial realizado em Audiência de conciliação. Em relação a isso, não se pode deixar de falar, aqui, que mobilizações em busca de melhores condições de trabalho se configuram como uma dimensão de suas atuações. De acordo com o site do Sindicato dos Trabalhadores do Serviço Público Municipal de Campinas (STMC), disponível em <http://www.stmc.org.br/site/ultimas-noticias/99879341/trabalhadores-tomam-as-ruas-de-campinas-negociacao-ja-negociacao-ja-negociacao-ja> e acessado em 01

de junho de 2016, a pauta para a greve era de reajuste salarial, vale alimentação em um determinado valor, seguro de vida e Hospital do Servidor.

É importante dizer que a greve foi deflagrada pela quebra de contrato de uma empresa terceirizada que é responsável pela vigilância e segurança de locais como os Centros de Saúde, CAPS, creches e escolas. A empresa afirmava não ter recebido o repasse do município e isso gerou a demissão de 1,5 mil trabalhadores terceirizados. Esse fato contribuiu ainda mais para a paralisação dos Centros de Saúde (Correio Popular, 2016). Muitas das notícias que surgiram no período da greve já eram comentadas entre os profissionais da região, como pude presenciar em reuniões diversas.

Os três participantes desta pesquisa aderiram à greve. Quando indagados sobre como estavam organizando suas agendas nesse período, os três responderam que pararam com todos os grupos, reuniões e outras atividades, inclusive com a maioria dos atendimentos individuais, com exceção daqueles referentes a usuários que julgaram estar em momentos críticos, que não podem ficar sem acompanhamento.

É importante destacar, que, por mais que a greve não esteja incluída entre o que se pode pensar sobre os *fazeres* do psicólogo, esse é um momento muito significativo. Felipe, ao ser indagado sobre a importância da greve, responde o seguinte:

Foi um momento de militância importante porque a gente tem vivido constantes perdas nas condições de trabalho, na estruturação da rede. (...) E foi até terapêutico porque, quando eu me envolvi de fato na greve, conforme ia conversando com as pessoas, comecei a sacar que um monte de coisa que eu atribuía à minha capacidade pro trabalho não era uma questão minha, uma dificuldade minha, mas era uma realidade que todo mundo estava vivendo.

Tal fato é corroborado pela afirmação de Martins (2007) sobre a importância dos grupos para identificar que, muitas vezes, algumas questões que são encaradas como pessoais são, na verdade, coletivas.

Pode-se perceber, então, que lutar por melhores condições de trabalho é, para eles, uma dimensão de sua atuação, pois impacta também na atenção aos usuários do serviço naquele momento e posteriormente. Felipe traz um exemplo sobre isso. Ele afirma que desde que ingressou na Atenção Básica – há dois anos – alguns problemas persistem, mesmo que informados ao Distrito de Saúde responsável. Ele cita que a falta de materiais, como tintas e pincéis, por exemplo, a grande demanda que chega para atendimentos e o aumento da vulnerabilidade da rede de serviços de saúde do município³⁰ têm gerado dificuldades para a efetivação de um trabalho que tenha sentido para esses profissionais, e, como o ele próprio relata, muitos trabalhadores estão insatisfeitos com isso, afirmando que estão sendo vítimas de uma precarização no trabalho. Assim, reivindicar materiais para ofertar para os usuários é fundamental para se pensar em um cuidado em saúde. E a greve é uma atuação que acontece para além dos muros dos Centros de Saúde, envolvendo um grande número de profissionais, entre os quais, estão os psicólogos, que buscam condições favoráveis para desenvolver seu trabalho.

³⁰ Ao falar em “aumento da vulnerabilidade” da rede de serviços em saúde de Campinas, refere-se, especialmente, às alterações de leis que garantem benefícios aos funcionários públicos (como o recente Projeto de Lei Complementar 38/16, que promove alterações na Lei Complementar que criou e organizou o sistema previdenciário do município), às situações vividas pelos próprios funcionários (como a retirada de profissionais de seus locais de trabalho, sem requisito prévio) e também à falta de investimentos na rede de saúde (como o caso da falta de materiais solicitados para a realização de atividades).

Também falando sobre a greve, Renato relatou que não se distanciou totalmente, nesse período, do Centro de Convivência (CECO)³¹ em que cumpre parte de sua carga horária. Ele afirma que essa opção por continuar indo ao CECO mesmo com a greve foi “*pessoal*”, pois, segundo afirma, esse local está cada vez mais precarizado devido a decisões tomadas pela Prefeitura, como, por exemplo, a alteração da equipe do serviço sem prévio aviso³². Esse é um exemplo de uma atuação contextualizada, pois, Renato permanece, junto com os demais trabalhadores e usuários, lutando pela continuação de um serviço que, para ele, é fundamental na rede de saúde.

Em resposta a essa precarização, estão sendo realizadas³³ assembleias no CECO com a participação de diversos atores – como moradores, usuários, profissionais de saúde e, inclusive, de representantes do Distrito de Saúde, responsável pela gestão da saúde naquela região– para discutir essas questões. Esse é um exemplo significativo sobre a importância de promover a participação social – um dos princípios do SUS –, para que os usuários tenham voz ativa e possam influenciar as decisões tomadas em relação à saúde em seu território. Mas, mais do que mostrar exemplos práticos dos princípios do SUS, é preciso falar de como a participação do psicólogo nessas mobilizações do bairro também

³¹ Segundo Aleixo (2016), os Centros de Convivência são aparelhos da rede de saúde mental e tem como objetivo produzir encontros e convivência de usuários através de grupos, ações comunitárias e oficinas, alinhados com a ideia de promoção em saúde. Buscam “inclusão, cuidado, pertencimento, grupalidade e descoberta de outras formas possíveis de expressão da vida” (p. 32).

³² Foi relatado de forma informal que dois psicólogos foram retirados de seus postos de trabalho sem quaisquer justificativas e informações precedentes de que isso aconteceria, deixando suas antigas vagas sem ocupação. Para explicar essa nota, também é interessante retomar a nota de rodapé número 29.

³³ No momento em que esse parágrafo foi escrito, ainda havia um movimento no bairro em relação à esses acontecimentos, por isso a opção por essa linguagem verbal.

é fundamental para se pensar em como trabalhar no território de forma contextualizada.

Renato afirma a importância de estar inserido na comunidade para compreender, de fato, as pessoas que ali vivem. Dessa forma, ele assume que

...essa é a dimensão em que a gente tem uma junção da Psicologia Social com as diretrizes de trabalho da Atenção Básica a partir do que o SUS preconiza, que é você ter a compreensão da necessidade, de você ter um tipo de integração na região que você atua, pra sacar esse tipo de relação que se estabelece. A comunidade interage entre ela mesma e, aí, isso passa a te dar uma dimensão de que [é] preciso estar mais bem inserido nas relações da comunidade para conseguir acessar mais as pessoas.

Assim, a atuação do psicólogo nesse sentido vai muito além de ações pré-estabelecidas e esperadas como atendimentos, reuniões e grupos. Uma atuação desse profissional de forma contextualizada é saber dos movimentos que acontecem no bairro e como isso impacta seu trabalho e a saúde da população, lutando também por melhores condições tanto para os trabalhadores como para a comunidade.

Ainda, não se pode deixar de citar que o próprio Renato diz que a Psicologia Social – de cunho crítico – pode embasar um trabalho na Atenção Básica como previsto nas cartilhas do SUS. E, para ele, essa atuação se dá no nível da comunidade, como mostrado em sua fala.

Amaral, Gonçalves e Serpa (2012) abordam essa inserção do psicólogo na comunidade. Para os autores, uma atuação de forma contextualizada se dá pela vivência do profissional no cotidiano da comunidade, a qual precisa ser profunda e comprometida. Isso está em consonância com o que foi mostrado, principalmente, na fala de Renato, pois ele afirma que o real saber sobre a

comunidade em que trabalha se faz imprescindível para sua práxis na Atenção Básica.

Outro aspecto a ser discutido neste tópico diz respeito ao que é esperado desses profissionais e o que eles efetivamente conseguem fazer. É importante observar que a prática apresentada pelos participantes desta pesquisa com relação às comunidades está explicitada no edital do último concurso público para psicólogos em Campinas. A descrição do cargo de psicólogo incluía atividades como visitas domiciliares, participação em reuniões de equipe, atendimento psicológico, sendo ressaltado que o profissional deve atuar na perspectiva do trabalho em rede, junto com as comunidades, no planejamento, execução e avaliação de projetos comunitários, em consonância com a interdisciplinaridade. Porém, o mais interessante a ser destacado é que o edital também inclui como atividade desse profissional a contribuição na formulação de políticas públicas mediante a participação de fóruns e da prática cotidiana, também realizando cursos para o aperfeiçoamento na área social (Disponível em http://www.caipimes.com.br/campinas012012/Edital_Sa%FAde.pdf, acessado em 18 de novembro de 2016).

Dessa forma, vê-se que uma atuação voltada para a comunidade e que incentive a formulação de novas políticas públicas são práticas esperadas para o psicólogo que trabalha na saúde no município de Campinas. Além de uma possível tentativa de adequação do concurso ao que é preconizado no SUS, pode-se considerar que a história dessa cidade com relação à saúde pública também tem influência na formulação do perfil esperado para o cargo de psicólogo, bem como de outros profissionais. Todavia, esse fato contrasta com a afirmação de alguns psicólogos de que as questões da prova desse mesmo

concurso – que visava especialmente preencher vagas na Atenção Básica – foram, majoritariamente, voltadas para as áreas clínica e hospitalar.

Outra contradição que pode ser observada é com relação à falta de condições para os psicólogos realizarem suas atividades de forma adequada, como afirmaram os participantes desta pesquisa. Nota-se, assim, que existe uma diferença substancial entre o que é prescrito para o cargo de psicólogos – que está de acordo com os princípios do SUS – e as condições práticas para sua realização. Tal fato exige um empenho por parte dos profissionais para realizar um trabalho que faça sentido para eles, que, no caso dos participantes desta pesquisa, tem os princípios do SUS como referência.

3.2 – A atuação do psicólogo e a valorização das atividades para além dos muros dos Centros de Saúde

Ao discutir essa categoria, é preciso apresentar o que está na base das práticas dos psicólogos desta pesquisa – e que também teve bastante destaque nas suas falas – que é a territorialidade.

“*Trabalhar no território*” é uma maneira característica que os profissionais da Atenção Básica em Campinas têm de se referir tanto ao trabalho realizado fora das Unidades Básicas de Saúde – podendo ser por meio de diversas atividades, como, por exemplo, a realização de visitas domiciliares – como também a própria identificação de características do bairro para propor ações que sejam condizentes com sua realidade. Como mostrado na introdução, a concepção de território possibilita entender como se configura a saúde em um

determinado local, que possui diversos tipos de vínculos, como os geográficos, os políticos e os culturais, por exemplo (Ribeiro, 2007).

É preciso destacar que os psicólogos estão, em grande parte de seu tempo, transitando pelo seu Centro de Saúde e pelo território e isso faz com que os usuários se comuniquem com eles em qualquer parte da unidade e demais locais onde eles estejam, seja para contar algo de suas vidas ou apenas para cumprimentá-los. Essa é uma característica que pode ser observada com os três participantes da pesquisa. Todos eles são muito requisitados pelos usuários nos corredores do CS e em outros lugares e também possuem uma postura muito receptiva em relação a isso. Tal fato já mostra uma postura diferenciada com relação à imagem tradicional desse profissional.

Renato, durante a entrevista, diz como a inserção do profissional de saúde no território é uma ferramenta que ele utiliza para acessar os usuários. Ele também fala de momentos em que ir para o território foi necessário para compreender a vida do usuário. Relata, especificamente, o caso de uma senhora que frequenta o Centro de Saúde de forma assídua e que, quando ele foi até sua casa, teve outra dimensão sobre sua vida. Segundo ele, essa usuária é uma pessoa que sempre se apresenta no Centro de Saúde de forma muito agitada, com muita pressa, o que dificultava, inclusive, que Renato entendesse sua fala. Então, quando ele se propôs a ir à casa dela, percebeu que ela acumulava potes de comida, roupas e outros objetos, mas que, por outro lado, estava sossegada. Em suas palavras:

Se eu marco consulta, ela vai. Ela não deixa de comparecer aos atendimentos. Então, o lance de você pensar na perspectiva de conhecer o ambiente em que o sujeito vive e as relações que ele estabelece é uma outra forma de lidar com o sujeito, porque se

eu não fosse visitá-la, não ia ter dimensão objetivamente de tudo que tá rolando na vida dela.

Assim, ele compreendeu que

Aquela desorganização toda da casa dela, de alguma maneira, dava uma continência no processo de sofrimento que atravessa, porque eu sempre a vejo falando de muitas desgraças que acontecem com ela, no Centro de Saúde. Toda hora, ela te aborda e começa a falar (...) um monte de coisas e que tem uma parte que a gente não consegue saber se de fato aconteceu, (...) mas que eu não tinha base material pra entender, até ir na casa [dela]. Quando cheguei, ela estava falando devagar. Pela primeira vez, ela [estava] falando devagar, de uma maneira que a gente começou a compreender (...).

Pode-se perceber como esse fato foi importante para que Renato tivesse outra compreensão sobre o caso. Ele relata claramente que, se não tivesse conhecido a realidade em que essa senhora vive, jamais poderia fazer ofertas em saúde que lhe fizessem sentido. Uma dessas ações, por exemplo, aconteceu durante a visita, pois essa senhora diz estar com vergonha do estado de sua casa, afirmando que, antes, ela era organizada. Essa fala possibilitou que Renato lhe perguntasse se ela gostaria que o Centro de Saúde a auxiliasse nesse processo de retirada dos objetos que havia acumulado, obtendo uma resposta afirmativa. Esse é um exemplo relevante do que se pode fazer para além dos muros da unidade de saúde. Isso porque, quando se está atento a questões como essas, outras dimensões aparecem para se pensar no cuidado em saúde.

Porém, estar no território não consiste apenas em entendê-lo e, sim, em utilizar outros espaços que a própria comunidade oferece para realizar atividades de promoção, prevenção e recuperação em saúde. Todos os participantes desta pesquisa realizam atividades em locais específicos fora do Centro de Saúde, que estão previstos em sua carga horária. Renato realiza grupos em um Centro de Convivência do próprio bairro, Felipe também produz atividades de diversos

tipos em um Centro de Integração da Cidadania (CIC)³⁴ e Ana Paula realiza grupos terapêuticos em um espaço que pertence ao CS, mas que está em um local separado³⁵.

Felipe é um dos psicólogos que, claramente, afirma que é preciso utilizar os diversos espaços que o território oferece para o cuidado em saúde. Para isso, ele conta que não adianta ficar preso a uma agenda de atendimentos clínicos tradicionais, pois isso não é suficiente. Em sua concepção,

Trabalhar no território, por exemplo, não implica só cumprir agendinha e só ficar fazendo aquilo que tá agendado ali e pronto. Daí você não vai conhecer o território, você não vai conseguir ofertar outras coisas que tem no território que as pessoas que você tá atendendo podem precisar, que você pode indicar. Se a gente fica psicologizando as coisas, a gente come um monte de bola no atendimento.

Nessa fala, pode-se notar a preocupação de Felipe em evitar abordar problemas sociais como se fossem psicológicos e também em valorizar aquilo que a própria comunidade já possui.

³⁴ De acordo com o site da Secretaria da Justiça e da Defesa da Cidadania, disponível em <http://www.justica.sp.gov.br/portal/site/SJDC/menuitem.220ea16fda5b8da8e345f391390f8ca0/?vgnextoid=a98dcc533f73e310VgnVCM10000093f0c80aRCRD>, acessado em 24 de novembro de 2016, o CIC (Centro de Integração da Cidadania) "é um programa que visa proporcionar à sociedade os seus direitos por meio da participação popular e garantir formas alternativas de acesso à justiça. Os centros estão instalados em 16 postos fixos localizados em áreas de alta vulnerabilidade social da capital e do interior do Estado. Nas unidades, a população tem acesso a serviços públicos gratuitos e pode participar ativamente de ações para o desenvolvimento local. Também são oferecidas palestras sobre temas diversos, oficinas culturais, orientações sociais e jurídicas, mediação comunitária de conflitos, reuniões do Conselho Local de Integração da Cidadania (Clic) e atividades educativas de promoção e conscientização na área de direitos humanos e cidadania, focadas no Programa Estadual de Direitos Humanos. Nas Unidades CIC são emitidos documentos pessoais como Carteira de Identidade, Carteira de Trabalho, 2ª vias de Certidões de Nascimento, Casamento e Óbito, além da promoção de cursos e eventos em parceria com diversos órgãos".

³⁵ Esse espaço não possui um nome definido. É um galpão que antes pertencia à Secretaria de Esportes e que, inclusive, havia uma pessoa que trabalhava lá, mas que agora não tem mais ninguém que o ocupa. Junto a esse galpão, existe um campo de futebol de grama e uma academia ao ar livre. Esse espaço, agora, está sendo utilizado pelos profissionais do Centro de Saúde para realização de grupos e outras atividades.

Ana Paula, por sua vez, comenta outro ponto positivo quando o psicólogo vai para o território. Segundo ela, quando realiza grupos terapêuticos e outras atividades no espaço perto de seu Centro de Saúde, a postura dos usuários é diferente. Em suas palavras,

[os usuários] preferem fazer lá ... acho que lá é melhor, é um outro ambiente. Acho que fica mais acolhedor, eles gostam mais. Eu acho que despatologiza também. Então, você tira daqui [do Centro de Saúde] e vai fazer em um outro espaço. Aí, acho que dá pra pensar em outras coisas e [o usuário] não se sente num atendimento com o psicólogo "porque eu to louco da cabeça".

A mesma psicóloga também conta que há uma movimentação na comunidade para saber o que está acontecendo naquele espaço. Ana Paula diz que já foi até parada na rua, indo do CS para esse espaço, por uma usuária, que queria saber que atividades ela estava fazendo naquele galpão. É interessante observar como uma 'simples' mudança de local gera uma curiosidade e interesse da comunidade.

Nas falas destacadas acima, pode-se notar como, para os participantes, essa ida para o território para realizar atividades "despatologiza" a relação com os usuários, pois o profissional deixa de estar em sua 'casa' para se tornar uma 'visita' no território pertencente ao outro. Nessa situação, se estabelece uma relação que reduz o caráter hierárquico tradicionalmente presente entre profissionais de saúde e usuários de serviços públicos. Contudo, para que isso aconteça, é preciso que o profissional acredite que esse trabalho extramuros tenha, de fato, relevância entre as atividades que pode realizar.

Com relação a esse aspecto, há uma questão que merece ser discutida aqui, que é a hierarquia nas relações no âmbito da saúde. Caprara e Rodrigues (2004) ressaltam que, no Brasil, ainda há uma relação hierárquica histórica entre médico e paciente. Esse modelo de relação se estende para outros profissionais

e ainda é perpetuado por muitos deles, além de já ter sido incorporada pela população. Esse tema também ficou evidente quando estive com Renato. Apesar de ele não apresentar, de forma alguma, uma postura autoritária e ter grande consideração pelo saber do usuário com relação à sua saúde, reconhece que deve existir um esforço por parte do profissional para reverter a relação assimétrica que tende a se estabelecer entre profissionais de saúde e usuários. Quando foi indagado sobre isso na entrevista, diz o seguinte:

As pessoas me chamam de doutor, me colocam nesse lugar social. Mas quando você tá dentro de um outro espaço, de uma outra natureza, você consegue estabelecer um vínculo com o sujeito que é muito mais interessante do ponto de vista da horizontalidade da relação. Você não tem que estar marcado pela assimetria do fato de você ser o cuidador, profissional contratado que tem o conhecimento, psicólogo ou médico, enfermeiro. Você tá ali dividindo com o sujeito o espaço do protagonismo, pra discussões de 'n' questões, que vão desde cidadania, participação social mais ampla, até ajudar em questões relacionadas à auto estima, estilo de vida, de tudo né?

Uma consideração importante a se fazer sobre esse tema é que o profissional, ao buscar essa relação de caráter mais horizontal com o usuário, não deve abrir mão de seu saber, mas delimitar seu papel, sem que isso seja feito de forma hierarquizada, conforme já propunham Oddone et al (1986) na década de 1960 com relação à saúde do trabalhador. Assim, entender e respeitar o conhecimento do usuário é imprescindível para se ter uma atuação integral, que promova sua autonomia em relação ao cuidado com a sua própria saúde.

Com isso, é possível observar que uma atuação “*no território*”, voltada para a comunidade, em que o psicólogo se coloca em uma relação mais horizontal é um importante aspecto a ser considerado por esse profissional para uma atuação contextualizada. O tema da territorialidade ainda nos remete à discussão do social como parte fundamental para o cuidado em saúde, que também está na base da Psicologia Social Crítica. Todos os psicólogos que

participaram desta pesquisa afirmam estar atentos às questões sociais que atravessam a vida dos usuários de seus territórios e também fazem referência ao impacto que isso tem na saúde mental desses indivíduos. Em relação a isso, o seguinte trecho da entrevista de Ana Paula é elucidativo:

... as pessoas trazem situações de violência que elas viveram. Violência intrafamiliar ou sofreu uma violência urbana, então o social atravessa o tempo todo. A história de vida da pessoa, de privação. [Essa] é uma região de classe média baixa, tem áreas de grande risco aqui. Então, é uma população que você olha e fala "teve muitos direitos negados ali pra essa pessoa", não teve acesso a muita coisa. E o tempo todo isso vai aparecendo como adoecimento.

Ana Paula, inclusive, conta como os tempos atuais, em que muitas pessoas perderam o emprego, tem relação direta com a saúde mental. Assim, ela diz que

Tem gente que perde o emprego e ai vem aqui, [porque] perdeu o convênio e tem vindo mais procurar o SUS e traz muito uma demanda de saúde mental por causa disso [porque perdeu o emprego]. Então, (...) como tá o momento social, a gente nota que isso influencia bastante nessa questão de saúde mental.

Felipe também aponta que muitos dilemas sociais chegam travestidos de sofrimento psíquico em seu Centro de Saúde e, por conta disso, é importante se ter a dimensão do social no cuidado em saúde. É preciso estar atento às condições sociais que estão envolvidas no processo saúde-doença. Assim, quando se tem a compreensão das características sócio demográficas do território, é possível perceber e voltar sua atuação para o que, de fato, se apresenta como problema. Também é importante compreender que os dilemas sociais não desconsideram o sofrimento psíquico. Não é porque se entende que o sofrimento é uma máscara para um problema que, no fundo, é social, que o caráter individual deva ser desconsiderado. As pessoas sofrem individualmente por mazelas que são de sua sociedade.

Apesar da sensibilidade para as “*questões sociais*” demonstrada pelos participantes, foi possível observar que, em alguns momentos, eles ressaltam muito mais aspectos ligados à pobreza e à falta de estrutura do que às características culturais da comunidade e às suas potencialidades, por exemplo. Pode-se pensar que isso ocorra porque eles ocupam um lugar social muito diferente dos usuários, mas também pode se dever ao fato de eles trabalharem em regiões extremamente carentes, nas quais as ‘faltas’ se sobressaiam.

A complexidade que envolve as relações sociais também ficou muito evidente na atuação de Renato, seja no seu discurso durante a entrevista ou no que foi possível observar durante o acompanhamento do seu dia-a-dia no Centro de Saúde. Em conversas entre uma atividade e outra, esse era um assunto que sempre permeavam nossas discussões e fica mais claro ainda em sua fala durante a entrevista:

...aí a gente para pra pensar como é complexo o que a gente faz, porque a gente tá na Atenção Básica, digamos assim, e aí o que é básico.. o que não é básico é extremamente complexo, porque envolve um conjunto de relações que, a todo momento, atravessam as ações em saúde, com a responsabilidade sanitária, e em outros momentos atravessam as questões da vida em sociedade, das relações de poder e também das questões interpessoais dos comportamentos.

Os relatos dos três psicólogos aqui apresentados demonstram uma clara afinidade com as premissas ético políticas defendidas pela Psicologia Social Crítica, principalmente, quando abordam a questão da historicidade dos sujeitos, já comentadas por Lane (1994/2006), Martin-Baró (2015) e Freitas (2014). É preciso lembrar que, para esses autores, o homem é produto e produtor de sua sociedade, sendo diretamente influenciado pelas questões sociais que perpassam sua vida. Assim, conhecer a história de vida dos sujeitos para além dos aspectos individuais e familiares e as características da comunidade faz com

que o psicólogo possa atuar de maneira comprometida ao contexto em que está inserido.

O mesmo trecho da fala de Renato citado acima ainda remete ao cotidiano de trabalho e como isso influencia suas atuações. Em vários momentos desta pesquisa, pode-se observar como, apesar do nome Atenção Básica reportar à algo básico, esse é um trabalho muito complexo. Pode-se observar a rotina atribulada desses profissionais, que lidam com situações das mais diversas ordens e, inclusive, com a sobrecarga de trabalho – e, mesmo assim, relatam que ainda sentem que suas ações não dão conta de abarcar todos os problemas que aparecem.

Entre os fazeres do psicólogo em Centros de Saúde, pode-se citar o atendimento clínico individual como um deles. Apesar das duras – e necessárias – críticas apresentadas na introdução desta dissertação, é preciso compreender que, o que se critica é o modelo que transpõe a clínica realizada em consultórios privados para a Saúde Pública. O atendimento clínico individual que não se atrela a essa lógica também é um cuidado em saúde importante. Figueiredo e Onocko-Campos (2009) enfatizam que, no Centro de Saúde, a psicoterapia é indicada e necessária em alguns casos. As autoras ainda sugerem uma ampliação da clínica³⁶ como uma alternativa ao modelo tradicional. Felipe, em sua entrevista, ressalta exatamente essa questão. Para ele “*é lógico que o*

³⁶ Para as autoras, a ampliação da clínica se refere a uma maior gama de atividades oferecidas em Saúde Mental que extrapolem a clínica tradicional, como “grupo de convivência para mulheres, espaço cultural, oficinas, Lian Gong [atividade física de origem oriental], ginástica corporal, brinquedoteca” (p. 133), além do acolhimento realizado por outros profissionais que incluam a dimensão da subjetividade.

atendimento individual é muito importante e, para alguns casos, é o que tem que fazer, mas é para alguns casos. Não para tudo que a gente pega”.

Isso também fica evidente no cotidiano de Renato. Embora ele realize, em sua grande maioria, atividades fora do Centro de Saúde ou em grupos, nem tudo ocorre dessa maneira. Quando avalia que um usuário apresenta uma queixa relacionada a, por exemplo, abusos, agressões e outras características que considera complicadas de se falar abertamente em um grupo, ele reserva um tempo na sua agenda para o atendimento clínico individual. Esse se torna um claro exemplo de uma atuação em que esse tipo de atendimento se faz necessário e importante. Porém, ainda assim, Renato fala das dificuldades dessa prática no contexto do Centro de Saúde:

Eu estou cansado, cansado no sentido de careca de ver, que, em vários momentos, os agendamentos individuais que eu faço são totalmente vazios, porque, de alguma maneira, eu não consigo interagir com o sujeito no momento em que a necessidade se apresenta pra ele, em uma dimensão social do sofrimento e eu marco um horário pra ele vir falar do sofrimento dele. Mas a dinâmica da organização da vida das pessoas é totalmente diferente. Então, eu tomo um monte de cano, os usuários não vêm (...).

Ele ainda complementa, dizendo que tenta não utilizar o enfoque tradicional, por achar que ele não dá conta de abarcar a complexidade da vida do usuário. Segundo Renato, cada indivíduo tem uma história, uma família e um lugar no mundo e que essas informações são muito importantes para compreender sua vida e sua dinâmica. Dessa forma, acredita que os trabalhos em grupos e em comunidade são mais interessantes e ainda faz um desabafo, dizendo que gostaria de fazer muito mais em seu trabalho, mas que existe também o possível de se fazer naquele momento. Afirma que “*não há como chegar tentando mudar todas as regras e fazer tudo do seu jeito*”.

Para Renato, é preciso manejo e confiança, além de tempo para conseguir realizar cada vez mais atividades significativas no espaço de trabalho. Também é interessante observar que ainda há uma pressão – tanto dos outros profissionais como dos próprios usuários – para que o psicólogo assuma a postura tradicional da clínica e isso fica muito evidente na fala apresentada por Renato. Sobre esse tema, Onocko-Campos et al (2012) destacam que “a comunidade tem dificuldade em aderir aos espaços comunitários e aos grupos propostos devido à cultura do assistencialismo a que estão acostumados” (s. p.). Desse modo, existe uma pressão exercida para a realização de atendimentos individuais em um modelo mais próximo do atendimento médico.

Ana Paula, quando se refere a outras formas de atuação que não a clínica tradicional, é objetiva ao afirmar que os grupos, as parcerias com outras instituições – como, por exemplo, a escola – e atendimentos compartilhados são algumas possibilidades que o psicólogo tem em seu trabalho. Ela também cita as práticas integrativas³⁷ como uma possível estratégia. Para ela, essas são práticas mais ampliadas à visão tradicional.

Durante o período em que estive nos três Centros de Saúde, pude perceber que as atividades em grupo são as que mais aparecem em termos de quantidade, quando se diz de práticas além dos atendimentos clínicos

³⁷ De acordo com o site do Portal da Saúde do SUS, disponível em http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pic.php, acessado em 05 de dezembro de 2016, as Práticas Integrativas e Complementares, popularmente chamadas apenas de práticas integrativas ou, segundo a OMS, medicina tradicional e complementar/alternativa, “envolvem abordagens que buscam estimular os mecanismos naturais de prevenção de agravos e recuperação da saúde por meio de tecnologias eficazes e seguras, com ênfase na escuta acolhedora, no desenvolvimento do vínculo terapêutico e na integração do ser humano com o meio ambiente e a sociedade. Outros pontos compartilhados pelas diversas abordagens abrangidas nesse campo são a visão ampliada do processo saúde-doença e a promoção global do cuidado humano, especialmente do autocuidado”. Alguns exemplos de práticas assim chamadas são a acupuntura e a homeopatia, que também são as mais conhecidas.

individuais. E parece que esses profissionais têm clareza de que não adianta apenas juntar as pessoas em um mesmo horário e “*dar conta*” de um número muito maior de usuários em um tempo reduzido. É preciso oferecer um espaço que promova a integração entre as pessoas. Elas devem conversar entre si e se identificar e se reconhecer na história que o outro conta. Nesse sentido, Guareschi (2000) nos lembra que as relações sociais são fundamentais para se formar um grupo. Isso porque

O que constitui um grupo é a existência, ou não, de relações. (...) Se não há relação nenhuma entre pessoas, jamais se poderá falar em grupo: o que existe é como se fosse um “poste” ao lado do outro, sem ninguém ter “nada a ver” com o outro. Agora, no momento em que se estabelecer qualquer “relação” entre pessoas, começa aí um grupo. Elas têm que ter algo “em comum”, e esse “comum” é exatamente o que pode estar tanto numa, como noutra. E esse “comum” é a relação, que perpassa por todas, está presente em todas, fazendo essa “amarração” conjunta (p.85).

Dessa forma, os psicólogos precisam estar atentos a essa configuração de grupo. Pode-se citar, como um exemplo, o grupo de mulheres conduzido por Renato. O forte sentido que aquele espaço fazia para cada uma delas era exposto constantemente de forma natural, inclusive ao acolher uma nova integrante, pois afirmavam que o grupo lhes proporcionou uma grande ajuda para enfrentar os problemas do dia-a-dia e que, enquanto pudessem, participariam todas as semanas. Trata-se de um grupo que também possuía um funcionamento próprio, para além da presença de Renato, o que ele sinalizou em alguns momentos. Isso não significa que ele não estivesse presente, mas que as intervenções (no sentido de chamar as pessoas para opinar, para contar seu ponto de vista e suas histórias) eram mínimas, pois, para elas, aquele era um espaço que possuía muito sentido em suas vidas.

Entretanto, os grupos não necessariamente precisam acontecer dentro do Centro de Saúde e muito menos estarem vinculados ao atendimento psicoterapêutico. Um exemplo disso refere-se às assembleias realizadas em um Centro de Convivência, para discutir ações referentes aos acontecimentos da comunidade, que era apoiada por Renato. Mais de 40 pessoas compunham esse “encontro”, entre eles profissionais de saúde, moradores da comunidade, um vereador e pessoas ocupando cargos de gestão na Prefeitura. Nessa Assembleia, uma moradora do bairro há mais de 40 anos assume um papel central durante as discussões. Em uma de suas falas, ela diz que é fundamental a organização da população do bairro para discutir as questões que ali surgem.

Com isso, é possível observar que um grupo pode ter diversas configurações, como aquele de caráter mais psicoterapêutico com hora e data marcada e que acontece semanalmente nos Centros de Saúde, até os que se organizam a partir de mobilizações que acontecem no próprio bairro. E, em todos eles, o psicólogo pode ter muito a colaborar. Mas é interessante reafirmar que, não necessariamente, ele precisa conduzir o grupo. Nesse sentido, conceitos como autonomia, conscientização e desalienação se mostram presentes nesses grupos, mesmo que não explicitados, pois trata-se de ações buscam uma transformação social em sua essência.

No caso dos participantes desta pesquisa, fica claro que a atuação “*no território*” ou além dos muros dos Centros de Saúde, bem como a realização ou incentivo para a formação de grupos não ocorre apenas para dar conta da demanda que se apresenta, mas porque eles apresentam um posicionamento ético político, que os leva a crer que, sob outra visão de trabalho – que contrapõe

à lógica tradicional –, podem trabalhar de uma forma mais próxima aos usuários e contextualizada.

Apesar da pressão para que os profissionais se enquadrem na imagem social de que ser psicólogo é atender individualmente no consultório, é fundamental que os profissionais da Atenção Básica busquem se afastar dessa imagem, o que, nem sempre, é fácil. Nesse sentido, Renato afirma que, por conta de seu posicionamento contra hegemônico, foi desrespeitado em alguns momentos, mas tenta manter sua prática baseado no que acredita. Diz ele:

...eu estou fundamentado numa outra lógica que, para mim, faz sentido. Então, não é porque alguém vai me xingar, que eu vou deixar de fazer ou deixar de acreditar naquilo que eu tenho pensado do ponto de vista da minha atuação profissional.

Felipe também relata que tem uma postura mais ativa para realizar ações de prevenção e promoção em saúde, tendo que, muitas vezes, lidar com questões pessoais, como o “sofrimento” que relata ter por não dar conta de cuidar de toda demanda que se apresenta. Ele afirma que, mesmo assim, realiza essas práticas por achá-las importantes.

Ainda falando sobre o *quefazer* do psicólogo, é preciso destacar que, mesmo com essa postura, foi possível observar que a maioria das ações dos participantes da pesquisa está voltada para a recuperação/tratamento em saúde. Ao ser indagado sobre o número relativamente pequeno de ações de promoção e prevenção em saúde, Felipe diz que esse é um assunto recorrente no Centro de Saúde em que trabalha. Ele conta que os funcionários de lá apelidaram o local de trabalho de “Posto Socorro”, em uma junção dos termos Posto de Saúde e Pronto Socorro, fazendo uma alusão ao fato de que recebem os usuários apenas quando os problemas já estão instalados e necessitando de cuidados mais imediatos.

Felipe também afirma que, por conta da enorme demanda de saúde mental que chega ao CS, se sente preso à necessidade de realizar ações mais voltadas para recuperação em saúde. Segundo ele, existe uma fila de espera muito grande para passar com o psicólogo e isso não pode ser ignorado. Mas, apesar disso, ele não deixa de realizar ações de promoção em saúde:

Eu sinto que consigo fazer práticas de promoção porque também meto o pé pra fazer, sabe? Porque vai muito disso, porque se você deixa, (...) a demanda grita na sua cara. Se você se deixa levar pela demanda apenas, pela demanda manifesta que aparece ali pra você, você não consegue fazer promoção de saúde, por exemplo.

Nesse trecho, é possível observar, novamente, que os psicólogos são ainda muito pressionados a assumirem o lugar tradicional da Psicologia, necessitando de uma postura ativa para realizar outras ações. Dessa forma, deve-se acreditar no potencial dessas ações para o território e ter uma disposição para realizá-las. Também é preciso destacar a importância de discussão na equipe interdisciplinar, tanto para a compreensão pelos outros profissionais do que é a atenção à subjetividade como para dividir responsabilidades pelo cuidado.

Para finalizar este subitem, é interessante trazer alguns exemplos de práticas observadas no cotidiano dos psicólogos que parecem ter afinidade com conceitos caros à Psicologia Social Crítica.

O primeiro diz respeito a um grupo de homens realizado Centro de Saúde de Felipe. Essa divisão de grupo de homens e grupo de mulheres ainda reproduz a divisão sexual normativa. Porém, foi suscitado na análise que nem todas as pessoas se encaixam nessa divisão. Dessa forma, uma questão que, aqui, ainda fica sem resposta é: como ficam as pessoas que não se encaixam nesses padrões? Elas ficariam sem participar de atividades coletivas por conta disso?

Ainda sobre o mesmo grupo, em uma das sessões que acompanhei, os participantes traziam dúvidas e questões sobre o funcionamento do serviço de saúde em Campinas. Conforme elas iam aparecendo, o psicólogo as respondia e também trazia novas informações. Quando o grupo terminou, Felipe fez um desabafo, dizendo que esse é um grupo muito difícil, pois assume um caráter de espaço para reclamação de suas insatisfações sobre os atendimentos que recebem. Contudo, observando o funcionamento do grupo, avaliei que ele também se configurava como um importante espaço para o desenvolvimento da conscientização dessas pessoas. Isso porque o assunto é de importância para a vida delas e só abrindo espaço para informações e debates como esse é que se pode rumar para uma autonomia, empoderamento e fortalecimento dos indivíduos e grupos. Ao apontar isso para Felipe, ele se mostrou interessado e esse diálogo foi muito positivo para ambos, pois, a partir dos diferentes olhares, pudemos ressignificar aquele espaço.

A autonomia do sujeito – que é um conceito fundamental tanto para o SUS como para a Psicologia Social Crítica – também foi outro tema evidenciado no cotidiano dos participantes e em suas entrevistas. Na entrevista com Renato, por exemplo, ele fala sobre como o psicólogo é parte desse processo de autonomia junto com os usuários:

Outro dia, a gente fez com a galera do Ceco umas visitas em lugares na comunidade pra conhecer outros espaços e a gente foi conhecer um parque. E isso tudo é um aspecto da dimensão do trabalho que tem que estar na agenda de qualquer profissional, porque isso é conhecimento. Isso é, de alguma maneira, quando você pensa na produção de autonomia, de empoderamento, você tem que também experimentar ou experimentar isso junto com os sujeitos, na casa deles ou, então, junto com os outros, no comércio, na relação interpessoal com as instituições. Isso é uma dimensão do nosso trabalho.

Essa trecho de seu relato parece estar consonância com o que Martin-Baró (2006) afirma ser uma Psicologia capaz de transformar a realidade. Isso porque o psicólogo não pode pensar pelo usuário e pela comunidade, mas junto com eles. Renato, em outro trecho da entrevista, ressalta essa dimensão, afirmando que

...objetivamente o espaço comunitário tem que, necessariamente, levar em consideração a dimensão social e histórica da vida do sujeito e esse conhecimento que eles têm (...), da experiência subjetiva de vida. E pra isso não é só a gente chegar lá e, de alguma maneira, dar orientações básicas, protocolares do que a ciência, sei lá, do que a gente tem de conhecimento...

O tema da autonomia também aparece na fala de Letícia, psicóloga residente do Centro de Saúde de Felipe. Em uma ocasião, quando indagada sobre como seria o grupo que iríamos participar em alguns minutos, ela contou que se tratava de um grupo de pessoas que frequentaram o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) um período de suas vidas, por serem diagnosticados com esquizofrenia e psicose, mas que, naquele momento, estavam bem e que não seria mais o caso de frequentar aquele serviço. Então, a proposta do grupo era continuar oferecendo um cuidado a essas pessoas, ajudando-os a tomar conta de suas próprias vidas, ou seja, produzindo autonomia.

Ela diz que uma demanda que aparece muito nesse grupo é a de saber cozinhar e que eles têm tentado trabalhar nesse sentido. Letícia e Felipe, então, combinaram de fazer algumas receitas, para que todos pudessem aprender algo para colocarem em prática fora de lá. Em uma visita domiciliar, os frutos desse grupo puderam ser observados. Um dos usuários comenta que, depois que aprendeu a “*passar café*”, consegue servi-lo às visitas que vão à sua casa. Esse é um claro exemplo do que Dimenstein (2009) e Nascimento, Manzini e Bocco (2006) afirmam sobre novas práticas a serem realizadas por psicólogos. Desse

modo, 'pequenos' atos, tidos muitas vezes como distantes do *quefazer* do psicólogo surtem grandes repercussões na vida das pessoas, como pode ser visto nesse exemplo.

Felipe também assume que trabalhar buscando autonomia – que deve ser algo feito em todas as ações do psicólogo, em sua visão – é ajudar o usuário a conhecer melhor a rede que ele tem disponível para seu cuidado em saúde, fazendo com que possa circular, da melhor maneira possível, entre os diferentes serviços. Ele assume que essa é uma concepção de autonomia que aprendeu na Saúde Coletiva e que faz muito sentido para ele.

Porém, com essa afirmação, Felipe apenas diz de uma autonomia no sentido do usuário poder fazer escolhas dentro do Sistema de Saúde. De fato, ela é importante, principalmente quando se trata do cuidado com sua própria saúde, mas uma práxis que vise buscar autonomia no sentido atribuído por Sánchez (2015) e Onocko-Campos e Campos (2006) seria muito mais do que isso. Seria atuar para que a pessoa possa compreender a sua realidade e tomar as rédeas de sua vida, fortalecido juntamente com sua comunidade, conforme defendem Martin-Baró (1996) e Guzzo e Lacerda (2007), por exemplo. Assim, a fala de Felipe parece mostrar certa restrição do conceito de autonomia que ele diz ter aprendido na Saúde Coletiva com relação àquele proposto pela Psicologia Social Crítica, pois se restringe a relação das pessoas com o Sistema de Saúde, não abrangendo outros aspectos de suas vidas.

Por outro lado, essa concepção mais ampla pode ser observada tanto no cotidiano desses profissionais como nas suas entrevistas ao falarem de sua prática. Na entrevista com Ana Paula, por exemplo, ela diz que o objetivo do

trabalho do psicólogo é sempre no sentido de promover qualidade de vida.

Segundo ela,

... no primeiro momento [o trabalho do psicólogo] é o acolhimento, a continência, o estar ali, ver que tem alguém ali, o que a gente pode ofertar. E acho que mais amplamente, ajudando até socialmente, no acesso, na formação de grupos, na problematização com a população dessas questões sociais [e] acho que principalmente no produzir conhecimento. No ajudar a pensar como que a pessoa pode reagir a uma situação. Primeiro, ela precisa ter o básico. E acho que a gente entra aí também, porque se a gente identifica uma situação, a gente pode acionar outros parceiros também [como] a Assistência [Social], a Justiça. Então, eu acho que [o trabalho do psicólogo] é tanto com a pessoa, de ajudar nesse progresso dela, das necessidades, desde a básica até a mais complexa, até a articulação também com a rede, com o CAPS, CRAS, CREAS, na garantia de direitos.

Essa fala de Ana Paula está muito próxima do que a Psicologia Social Crítica diz sobre autonomia, pois, ela fala tanto de um trabalho do psicólogo voltado para a autonomia individual, como também para a autonomia coletiva. Com isso, pode-se ir rumo ao desenvolvimento das potencialidades humanas que Sánchez (2015) destaca em seu texto. Outro aspecto importante dessa fala é o trabalho em conjunto com demais aparelhos da rede, como a Assistência Social, a Justiça e o CAPS.

Neste subitem, foi possível mostrar que os fazeres dos psicólogos na Atenção Básica podem se dar de diversas maneiras, mas destaca-se, principalmente, a atuação “*no território*” como uma possibilidade que se mostra mais próxima do que preconiza a Psicologia Social Crítica. Isso ocorre porque a práxis do psicólogo nesse contexto deve, necessariamente, considerar o contexto social e facilitar o desenvolvimento de autonomia e empoderamento das pessoas e comunidades.

3.3 – Sobre a formação e o posicionamento ético-político dos psicólogos

Como já mostrado na introdução, uma formação adequada do psicólogo seria um importante instrumento para que suas ações estejam de acordo com os preceitos do SUS. É possível perceber que tanto Renato como Felipe trazem consigo influências da formação em Saúde Coletiva que fizeram depois da graduação em Psicologia, que teria sido fundamental para sua práxis. E é importante ressaltar que essa formação foi buscada por esses profissionais depois já vivenciarem experiências na rede de saúde. Ambos já trabalhavam no SUS quando ingressaram no mestrado em Saúde Coletiva³⁸, por iniciativa própria e no sentido de também aprimorar sua atuação profissional.

Apesar de Ana Paula não relatar nenhum processo de formação no campo da saúde coletiva – afirmando, inclusive, que o que vive em sua prática no Centro de Saúde é muito diferente do que aprendeu antes – foi possível perceber que ela está muito aberta a discussões sobre seu trabalho. Com o NASF, ela se aproximou de Renato e, possivelmente, suas trocas de experiências a tem influenciado.

Além da formação específica em saúde, tanto Renato quanto Felipe relatam que, em algum momento de sua trajetória profissional, tiveram contato com a Psicologia Social e que isso os influenciou. Felipe, inclusive, cita alguns autores das Ciências Sociais quando comenta esse fato. Já Renato afirma que tem baseado suas ações em teorias sociais e, ao falar sobre elas, pode-se perceber uma grande relação com o que aqui se apresenta como Psicologia

³⁸ Ambos também fizeram aprimoramento – hoje chamado de residência multidisciplinar – na Unicamp antes de ingressarem no mestrado.

Social Crítica. Em um trecho de sua entrevista, ele diz diretamente que, na sua concepção, a Psicologia Social tem um alinhamento com “*as diretrizes de trabalho da Atenção Básica a partir do que o SUS preconiza*”.

Ana Paula, por sua vez, diz que sempre teve interesse na área hospitalar, prática com preceitos diferentes à da Atenção Básica, mas isso não a impediu de, estando no Centro de Saúde, buscar desempenhar um trabalho alinhado com os princípios do SUS em seu nível primário. Essa profissional se mostrou muito interessada em participar de capacitações, reuniões e discussões para aprimorar seus conhecimentos, além de demonstrar grande abertura para novas opiniões a respeito de sua prática. Tal postura mostra como a abertura dos profissionais para novas propostas em vez de ficarem presos a modelos previamente conhecidos é fundamental para uma prática contextualizada.

O que foi observado no cotidiano e nas falas dos participantes desta pesquisa indica que, para além da formação acadêmica, é o posicionamento ético-político deles que desempenha um papel fundamental para suas escolhas no seu cotidiano de trabalho. Percebe-se uma postura crítica e não naturalizante com relação aos contextos micro e macrossociais em que estão inseridos, além da constante reflexão sobre seu trabalho. Eles demonstram consciência com relação às contradições presentes em nossa sociedade, a assimetria de poder e de possibilidades entre os diferentes grupos sociais. Assim, esses psicólogos parecer ter uma forma de olhar o mundo que se aproxima dos preceitos da Psicologia Social Crítica.

Freitas (1998) é uma autora que fala da importância do embasamento político por trás das práticas profissionais. Para ela, os aspectos instrumentais

dependem das concepções adotadas pelo psicólogo para orientar sua prática. Dessa forma, a visão de mundo do profissional é crucial para a produção/reprodução de possibilidades de intervenção que possam ser emancipadoras.

Renato relata que desde o início da graduação já participava de movimentos estudantis e, depois de algum tempo, ingressou no Centro Acadêmico de sua Universidade. Atualmente, ele afirma fazer parte de uma associação de usuários e familiares do serviço de saúde mental e também do movimento da luta antimanicomial. Assim, pode-se perceber que, desde da graduação, já havia um olhar de Renato para as lutas sociais. Mas ele afirma que sua participação posterior nos movimentos de usuários lhe deu uma outra compreensão sobre como trabalhar no SUS em seus diversos aspectos, podendo conhecer de forma mais aprofundada, por exemplo, as questões de “*equidade, o direito ao acesso, do controle social, da participação dos usuários e familiares*”. Percebe-se, então, como a participação política influenciou – e ainda influencia – a trajetória profissional de Renato e, conseqüentemente, suas práticas profissionais no Centro de Saúde.

O mesmo psicólogo também ressalta que a participação em movimentos sociais é, para ele, uma dimensão de seu trabalho – e também um posicionamento ético político. É importante destacar que essa maneira de pensar tem uma afinidade com a Psicologia Social Crítica. Isso fica muito evidente em um trecho de sua entrevista, em que ele afirma que

...a prática profissional nunca deve estar apartada das outras dimensões da vida pessoal, social, da participação cidadã. Que nem hoje, a gente está fazendo a entrevista depois do ato da luta antimanicomial, que, de alguma maneira, na minha concepção, é uma dimensão do meu trabalho. Estar em espaços como esse,

reivindicando a melhora de políticas públicas, denunciando situações em que a gente percebe que as condições mínimas pra trabalhar estão sendo agredidas [faz com que] a gente perceba que precisa de mais investimentos, estar em outros espaços de formação e debate.

Após esse relato, é possível se pensar o quanto o posicionamento ético político interfere nas ações dos psicólogos. Entender esses espaços de mobilizações sociais como uma dimensão do trabalho e frequentá-los de forma assídua e comprometida propicia uma visão que foge do olhar do trabalho do psicólogo realizado apenas dentro do Centro de Saúde e amplia para questões de gestão, funcionamento da rede, por exemplo, que também são importantes para compreender a organização do próprio trabalho.

É válido ressaltar que não cabe uma avaliação das práticas realizadas pelos psicólogos em relação à sua adequação com os conceitos da Psicologia Social Crítica, mas fica evidente o quanto seus posicionamentos ético-políticos influenciam suas ações. A visão de mundo desses psicólogos se evidencia em diversos espaços e discussões que permeiam o cotidiano de trabalho desses profissionais. Em um grupo que acontece no Centro de Integração da Cidadania sob a responsabilidade de Felipe, por exemplo, muitos estigmas em relação à vida cotidiana foram problematizados. José, um usuário, trouxe o assunto sobre relacionamentos, fazendo afirmações como “*peçoas normais não querem se relacionar com doentes mentais*”, o que faz com que ele se feche para esse tipo de interação. Felipe problematizou essa afirmação. O importante a ser mostrado aqui é que, se o psicólogo concordasse com essa frase, provavelmente isso passaria despercebido na conversa. Mas, na medida em que ele colocou a questão em debate, o assunto pôde ser discutido com o grupo, buscando formas de superar esse estigma.

Outro momento que pode se tomar como exemplo é o da participação em atos da luta antimanicomial, em que tanto Renato como Felipe estiveram presentes. No dia 18 de maio³⁹, participei do ato por intermédio de Felipe, que mostrou ser engajado na questão das lutas por direitos. Ele, inclusive, relata envolvimento com a luta antimanicomial desde o primeiro ano da graduação, afirmando que esse foi o motivo pelo qual se manteve interessado no curso, se envolvendo cada vez mais com a temática da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Como já era previsto, Renato também estava lá e assumiu um papel protagonista nessa ocasião, tomando a frente na manifestação.

O período de mobilização por causa da greve dos servidores públicos em Campinas também deve ser destacado como um posicionamento político importante. É válido lembrar que os três psicólogos que participaram dessa pesquisa aderiram à greve e estavam presentes em diversas manifestações que ocorreram nesse tempo, também afirmando a importância de estar nesses espaços de luta por melhores condições de trabalho. Pode-se perceber, a partir de suas visões de mundo, que os psicólogos compartilham valores com a Psicologia Social Crítica.

É aí que se estabelece a diferença entre prática e práxis⁴⁰. Pode-se observar que os psicólogos da Atenção Básica em Campinas têm atividades que são comuns ao seu cotidiano. Os psicólogos com quem estive fazem atendimentos individuais, reuniões de diversos tipos, visitas domiciliares, entre

³⁹ Dia Nacional da Luta Antimanicomial.

⁴⁰ Apesar de, frequentemente, serem descritas como sinônimos, a diferença entre práxis e prática é explicitada por Bottomore (1997). Para ele, que toma como base o marxismo, práxis se refere a uma ação, atividade por meio do qual o homem cria e transforma a si mesmo e à sua história. Necessariamente, na práxis, a dimensão da reflexão sobre a ação com fins de transformação social é considerada. Já a prática pode ser uma atividade realizada sem questionamentos, no sentido de reprodução de ações, sem que reflexões sejam feitas.

outras atividades. O que muda, então, de uma prática para uma práxis transformadora? No caso deles, parece ser a visão de mundo, o posicionamento ético-político, que embasa sua atuação. Assim como Patto (1997) e Martin-Baró (2015) nos lembram, não existe uma ação humana que não seja ideológica. Com isso, a atuação do psicólogo também o é. Cabe, então, a esse profissional tomar uma posição ética e política sobre sua prática. Dessa forma, compreende-se que o que faz um psicólogo trabalhar ou não de forma contextualizada é o seu embasamento ético político.

Com isso, pode-se dizer que o posicionamento ético político está relacionado com a epistemologia das teorias da Psicologia que embasam a atuação desses profissionais. Renato, que afirmou informalmente que se apoia em teorias sociais, realiza trabalhos muito interessantes sob essa perspectiva. Já Felipe relatou que, apesar de ter estudado Lacan e diversos outros autores, inclusive da Psicologia Social, que influenciaram sua atuação, o que mais impacta suas ações foi o que aprendeu no aprimoramento em Saúde Coletiva⁴¹. O mais interessante é que, mesmo não assumindo, de fato, uma teoria social, ele está sempre atento a essas questões e apresenta uma postura crítica em relação a sua atuação. Destaca-se, aqui, que os profissionais não necessitam ter, exclusivamente, uma única teoria que é colocada como 'a correta' para embasar seu trabalho. Conforme se pode observar nos participantes desta pesquisa, a atuação contextualizada pode ser observada em psicólogos que

⁴¹ É interessante mostrar que a Psicologia Social Crítica é uma das possibilidades de uma base teórica que pode propiciar uma atuação crítica e contextualizada, porém, ela não é a única. Assim, é importante mostrar que, nem todos os profissionais tidos como críticos se fundamentam explicitamente nessa perspectiva.

tiveram trajetórias profissionais diversas, mas que têm a crítica e a reflexão como uma dimensão de seu trabalho.

Com relação à formação em Psicologia, Ana Paula, que teve um percurso diferente dos outros dois participantes, por não ter uma formação específica, é aquela que mais enfatiza que o olhar voltado para a atuação no SUS deveria começar desde a graduação. Pode-se notar isso em sua seguinte fala:

[Eu] não me lembro em ter tido muita ênfase em políticas públicas, eu fui aprender isso na prática, estudando para concurso, porque daí pede. Aí que eu fui conhecer mais essa parte de políticas públicas. Então, eu acho que isso já tem que começar na graduação. A gente tem que ter uma graduação que amplie os olhares para as diferentes possibilidades da Psicologia (...). Tem que começar na base porque daí a gente já vai aprendendo mesmo as diferentes formas de atuar, porque senão fica muito difícil. A gente vai apanhando e é meio na marra que você vai descobrindo. Essa coisa do setting, do consultório, imagina né? Aqui eu atendo cada dia em um consultório, na casa, em conjunto, atende no corredor, então é muito diferente.

Nessa fala, Ana Paula traz um aspecto importante defendido nesta dissertação. Uma formação crítica com as bases ético-políticas da Psicologia Social Crítica poderia ser um aporte interessante para mostrar aos alunos que as contribuições da Psicologia podem ir muito além do consultório privado, assumindo um lugar de muita relevância social, sobretudo, nas políticas públicas, como a de saúde. Oferecer espaços 'críticos' na graduação poderia ajudar a formar profissionais que tenham um olhar atento às questões sociais, bem como poderia propiciar o interesse dos futuros profissionais por atuar em políticas públicas e por fazê-lo forma mais contextualizada. Os psicólogos que participaram desta pesquisa parecem ter seguido nessa direção por outros caminhos, mas a ênfase crítica já na graduação também é um caminho importante.

Assim, uma formação que enfatizasse as políticas públicas em vez da clínica privada e com base nos preceitos da Psicologia Social Crítica poderia favorecer uma atuação crítica e contextualizada para os futuros profissionais, por, justamente, levar em consideração a história do sujeito para um cuidado em saúde integral e por priorizar práticas rumo à autonomia, conscientização e empoderamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a necessidade de explorar as diversas possibilidades de atuação do psicólogo na Atenção Básica no SUS para além do atendimento clínico, o objetivo desta pesquisa foi conhecer práticas de alguns psicólogos inseridos na Atenção Básica, buscando identificar as bases que as fundamentam e se estão em consonância com os princípios da Psicologia Social Crítica.

Em relação aos resultados obtidos, percebe-se que o *quefazer* dos psicólogos participantes não se limita ao atendimento clínico tradicional. Foi possível observar que eles realizam muitas outras atividades, como grupos de diversos tipos, reuniões com escolas e entre os próprios profissionais de suas Unidades Básicas, fazem visitas domiciliares, para citar apenas alguns exemplos. Com isso, foi visto que as atividades que extrapolam os muros dos Centros de Saúde são muito importantes quando se pensa em uma atuação para a comunidade.

Também foi possível observar que uma atuação voltada para a comunidade, ou como aqui chamada “*no território*”, se mostra como uma possibilidade a ser considerada por esse profissional para um fazer contextualizado. Propõe-se uma mudança no papel do psicólogo, de uma atuação com um aspecto unicamente individual e curativo para uma ação em que ele se torne um facilitador de conscientização, empoderamento, autonomia e transformação social para a comunidade. Nesse sentido, as práticas dos

participantes desta pesquisa se aproximam dos preceitos da Psicologia Social Crítica.

É válido ressaltar que suas ações nem sempre estão em justaposição com o a imagem social predominante sobre os fazeres do psicólogo, o que, algumas vezes, acaba gerando conflitos, pois há alguma pressão por parte dos usuários do sistema e dos demais profissionais para que eles ocupem esse lugar tradicional.

Um aspecto muito interessante a ser trazido aqui diz respeito às relações hierárquicas, que não devem ser desconsideradas na atuação “*no território*”, pois, como visto no capítulo *Dialogando...*, se percebe que a horizontalidade nas relações é uma postura que, se adotada pelo profissional, pode contribuir para um trabalho comprometido. Também foi possível afirmar que lutar por melhores condições de trabalho é visto, por esses profissionais, como uma dimensão de seu trabalho, pois se mostraram muito ativos em espaços de reivindicações, tanto em momentos de greve como no cotidiano, articulando-se com outros trabalhadores do serviço – como foi o caso dos atos pela luta antimanicomial.

Se, durante o trabalho de campo, pude identificar várias dificuldades enfrentadas no cotidiano de trabalho desses profissionais, também foi possível participar de atividades muito interessantes que buscam promoção em saúde, autonomia, conscientização, empoderamento e fortalecimento dos usuários.

Dessa forma, concluí que mais do que a atividade em si, o que faz um psicólogo trabalhar ou não de forma contextualizada é o seu embasamento ético político. Mesmo sabendo da dificuldade que é propor práticas inovadoras, acredito que elas sejam importantes para a construção de uma política efetiva

em saúde. Assim, deve-se sempre refletir sobre novas maneiras de fazer que permitam esse lado criativo que Dimenstein (2009) aborda em seu texto, saindo de lugares pré-estabelecidos para os psicólogos.

Busquei deixar claro no decorrer desta dissertação que não defendo apenas uma teoria possível para isso, mas tentei mostrar o quanto o posicionamento ético político que permite um olhar crítico sobre a realidade e sobre a saúde impacta positivamente na forma do profissional atuar.

Assim, defendo a Psicologia Social Crítica – devido suas raízes históricas e por seus conceitos serem tão próximos aos princípios do SUS – como uma perspectiva que deveria ter maior espaço nos cursos de graduação para favorecer uma maior reflexão para os alunos e uma possível atuação contextualizada como profissionais no futuro. Autores como Maritza Montero, Ignacio Martin-Baró e tantos outros nos dão um aporte mais do que necessário para se refletir sobre o contexto social em que o psicólogo está inserido e suas possibilidades para realizar uma prática contextualizada em qualquer espaço, entre os quais está o sistema de saúde pública.

Considero que pesquisa apresentada aqui tenha várias limitações, entre as quais, destaco o curto período para realiza-la, que, com certeza, influenciou no número de participantes e na escolha da metodologia. Também, aponta-se o fato de não ter buscado outros psicólogos que possuem outros posicionamentos éticos-políticos para mostrar uma a diferença de suas práticas. Por conta do curto período e do objetivo aqui proposto, esta dissertação apresenta caráter mais exploratório, permanecendo muito mais na hermenêutica do que na dialética durante a análise dos resultados. Apesar disso, avalio que a

contribuição deste trabalho tenha sido propiciar a reflexão naqueles que o leram, para que sempre possam estar (re)pensando suas práticas.

REFERÊNCIAS

- Akerman, M., Righi, L. B., Pasche, D. F., Trufelli, D. & Lopes, P. R. (2015). Saúde e Desenvolvimento: que conexões? In.: Campos, G. W. S.; Minayo, M. C. S.; Akerman, M; Drumond Júnior, M. & Carvalho, Y. M. (2015). *Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Hucitec e Editora Fiocruz. 2ª edição revista e aumentada. 5ª reimpressão.
- Aleixo, J. M. P. (2016). CENTRO DE CONVIVÊNCIA E ATENÇÃO PSICOSSOCIAL: Invenção e produção de encontros no território da diversidade. 124 f. Dissertação (mestrado em psicologia). – Faculdade de Ciências e Letras, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Assis.
- Amaral, M. S., Gonçalves, C. H., & Serpa, M. G. (2012). Psicologia Comunitária e a Saúde Pública: relato de experiência da prática Psi em uma Unidade de Saúde da Família. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32 (2), 484-495.
- Andrade, L. O. M., Pontes, R. J. S. & Martins Junior, T. (2000). A descentralização no marco da Reforma Sanitária no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 8 (1-2), 85-91.
- Biasoli Alves, Z. M. M. & Dias da Silva, M. H. G. F. (1992). Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, (2), 61-69.
- Böing, E., & Crepaldi, M. A. (2010). O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras. *Psicologia: ciência e profissão*, 30 (3), 634-649. Recuperado em 27 de abril de 2015.

- Brasil. (2007a). *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.* – Brasília: CONASS.
- Brasil. (2007b). *Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS.* Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS.
- Bottomore, T. (1997). *Dicionário do Pensamento Marxista.* Zahar Editora.
- Cambuy, K. (2009). Experiências Comunitárias em saúde mental: repensando a clínica psicológica no SUS. *Tese de doutorado* – Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia – PUC-Campinas, p. 1 – 310.
- Campos, C. E. A. (2007). As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 14 (3), 877-906.
- Campos, F. C. B. & Guarido, E. L. (2007). O psicólogo no SUS: suas práticas e as necessidades de quem o procura. In.: SPINK, M. J. P. *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica.* Casa do Psicólogo.
- Campos, G. W. S., Chakour, M. & Santos, R. C. (1997). Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Públ.*, Rio de Janeiro, 13 (1):141-144.
- Campos, G. W. S. (2000). Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*. 5 (2), 219 – 230.

- Campos, G. W. S.; Barros, R. B. & Castro, A. M. (2004). Avaliação da política nacional de promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3): 745 – 749.
- Campos, G. W. S. (2009). Clínica e Saúde Coletiva Compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In.: Campos, G. W. S.; Minayo, M. C. S.; Akerman, M; Drumond Júnior, M. & Carvalho, Y. M. (2009). *Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Hucitec e Editora Fiocruz. 2ª edição.
- Caprara, A. & Rodrigues, J. (2004). A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*. 9 (1): 139 – 146.
- Carta Capital. (2015). O que é o Estatuto da Família? Carta Capital. Disponível em <http://www.cartacapital.com.br/sociedade/o-que-e-o-estatuto-da-familia-6160.html> Recuperado em 14 de dezembro de 2015.
- Ceccim, R. B. & Ferla, A. A. (2009). Educação Permanente em Saúde. In.: Fundação Oswaldo Cruz. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/edupersau.html>, acessado em 17 de novembro de 2016.
- Conselho Regional de Psicologia (2016). “Precisamos de uma Psicologia Latino-Americana Transformadora”. Entrevista de Edgar Barrero no Jornal PSI. nº 186. Janeiro/Fevereiro/Março 2016.
- Correio Popular (2016). Gocil rompe contratos na Saúde e Educação. Disponível em http://correio.rac.com.br/ conteudo/2016/06/campinas_e_rmc/431349-

gocil-rompe-contratos-na-saude-e-educacao.html. Acessado em 02 de junho de 2016.

Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 14 (54): 07-11.

Deslandes, S. F. (2007). O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In.: Minayo, M. C. S (Org.); Deslandes, S. F. & Gomes, R. (2007). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 26ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes.

Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação de profissionais. *Estudos de Psicologia* 3 (1), 53-81.

Dimenstein, M. D. B. (2001). O Psicólogo e o Compromisso Social no Contexto da Saúde Coletiva. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 6 (2), 57-63.

Dimenstein, M. D. B. (2009). Conversando com um psicólogo/ Sem medo de repensar. (Entrevista com Magda Dimenstein). *PsiJornal de Psicologia*. CRP-SP. Nº 161. Jun-Jul. Recuperado em 03 de outubro de 2016 em http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/161/frames/fr_conversando_psicologo.aspx.

Domingues, A. R. & Franco, E. M. (2014). Reflexões teóricas sobre sujeitos coletivos e experiências comunitárias. In: Stella, C. (Org.) *Psicologia Comunitária: contribuições teóricas, encontros e experiências*. Editora Vozes.

- Figueiredo, M. D. & Onocko Campos, R. (2009). Saúde Mental na atenção básica à saúde em Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado? *Ciência & Saúde Coletiva*. 14 (1): 129 – 138.
- Fleury-Teixeira, P.; Vaz, F. A. C.; Campos, F. C. C.; Álvares, J.; Aguiar, R. A. T. & Oliveira, V. A. (2008). Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13 (Sup 2):2115-2122.
- Freire, P. (1979). *Conscientização: teoria e prática da libertação*. Cortez & Moraes: São Paulo.
- Freitas, M. F. Q. (1998). Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 11 (1). Porto Alegre.
- Freitas, M. F. Q. (2014). Psicologia Social Comunitária como politização da vida cotidiana: desafios à prática em comunidade. In: Stella, C. (Org.) *Psicologia Comunitária: contribuições teóricas, encontros e experiências*. Editora Vozes.
- Góis, C. W. L. (2008). Psicologia Comunitária. *Universitas Ciências da Saúde*. 1 (2), 277-297.
- Gomes, K. O.; Cotta, R. M. M.; Araújo, R. M. A.; Cherchiglia, M. L. & Martins, T. C. P. (2011). Atenção Primária à Saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do Sistema Único de Saúde. *Ciências & Saúde Coletiva*. 16 (Supl.1): 881-892.
- Gouveia, R. & Palma, J. J. (1999). SUS: na contramão do neoliberalismo e da exclusão social. *Estudos Avançados*, 13 (35), 139-146.

- Government of Canadian. (1974). *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*. Ottawa.
- Goya, A. C. A. & Rasera, E. F. (2007). A atuação do psicólogo nos serviços públicos de Atenção Primária à Saúde em Uberlândia, MG. *Horizonte Científico*, 1: 01 – 21.
- Guareschi, P. (2000). Relações Comunitárias Relações de Dominação. In.: Campos, R. H. F. (2000). *Psicologia Social Comunitária: da solidariedade à autonomia*. 4ª Edição. Editora Vozes.
- Guzzo, R. S. L., & Lacerda Jr., F. (2007). Fortalecimento em tempo de sofrimento: reflexões sobre o trabalho do psicólogo e a realidade brasileira. *Interamerican Journal of Psychology*, 41 (2), 231-240.
- Hammersley, M. & Atkinson, P. (2001). *Etnografía: métodos de investigación*. Barcelona: Paidós.
- Heidmann I. T. S. B.; Almeida M. C. P.; Boehs A. E., Wosny A. M. & Monticelli M. (2006). Promoção à Saúde: Trajetória Histórica de suas Concepções. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, Abr-Jun; 15 (2): 352-8.
- Heller, A. (2000). *O cotidiano e a história*. 6ª edição: Editora Paz e Terra.
- Heller, A. (2014). *O cotidiano e a história*. 10ª edição: Editora Paz e Terra.
- Kleba, M. E. & Wendausen, A. (2009). Empoderamento: processo de fortalecimento dos sujeitos nos espaços de participação social e democratização política. *Saúde Soc*. São Paulo, 18 (4), 733-743.

- Lane, S. T. M. (1994/2006). Avanços da Psicologia Social na América Latina. In: Lane, S. T. M. & Sawaia, B. B. (Orgs.). (1994/2006). *Novas Veredas da Psicologia Social*. Editora Brasiliense.
- Laurell, A. C. (1982). La salud-enfermedad como proceso social". *Revista Latinoamericana de Salud*, México, 2: 7-25. Trad. E. D. Nunes.
- Lima, T. C. S.; Mito, R. C. T. & Dal Prá, K. R. (2007). A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Revista Textos & Contextos*. Porto Alegre. 6 (1), 93-104.
- Loch-Neckel, G., Seemann, G., Eidt, H. B., Rabuske, M. M. & Crepaldi, M. A. (2009). Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1):1463-1472.
- Macedo, J. P & Dimenstein, M. (2011). Expansão e Interiorização da Psicologia: Reorganização dos saberes e poderes na atualidade. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 31 (2), 296-313.
- Martin-Baró, I. (1985). La desideologización como aporte de la Psicología Social al desarrollo de la democracia en Latinoamérica. Publicado originalmente en el *Boletín de la AVEPSO*, El Salvador, 11 (3), 3-9.
- Martín-Baró, I. (1996). O papel do psicólogo. *Estudos de Psicologia*. 2 (1), p. 7 – 27.
- Martin-Baró, I. (2006). Hacia una Psicología de la Liberación. *Revista Eletrónica de Intervención Psicosocial y Psicología Comunitaria*. 1 (2), 7 – 14.

- Martin-Baró, I. (2014). Processos psíquicos e poder. *Revista Psicologia Política*, 14 (31), 591-608. Traduzido por Fernando Lacerda.
- Martin-Baró, I. (2015). *Acción e Ideología: Psicología Social desde Centroamérica*. 17ª edição. UCA Editores.
- Martins, S. T. F. (2003). Processo grupal e a questão do poder em Martín-Baró. *Psicologia & Sociedade*; 15 (1), 201-217.
- Martins, S. T. F. (2007). Psicologia Social e Processo Grupal: A Coerência Entre Fazer, Pensar e Sentir em Sílvia Lane. *Psicologia & Sociedade*; 19, Edição Especial 2: 76-80.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Editora Hucitec. 14ª edição.
- Ministério da Saúde. (1990). *ABC do SUS - Doutrinas e Princípios*. Brasília/DF.
- Ministério da Saúde. (2000). *Sistema Único de Saúde: Princípios e Conquistas*.
- Monteiro, R. C. (1991). A Pesquisa Qualitativa como Opção Metodológica. *Pró-Proposições*, 5, 27 – 35.
- Montero, M. (2004). Relaciones Entre Psicología Social Comunitaria, Psicología Crítica y Psicología de la Liberación: Una Respuesta Latinoamericana. *Psykhé*. 13 (2), 17 – 28.
- Montero, M. (2011). Ser, fazer e parecer: crítica e libertação na América Latina. In.: Guzzo, R. S. L. & Lacerda Jr., F. (2011). *Psicologia Social para a América Latina: o resgate da Psicologia da Libertação*. 2ª Edição. Editora Alínea.

- Moreira, D. J., & Castro, M. (2009). O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica. *TransFormações em Psicologia (Online)*, 2 (2), 51-64.
- Nascimento, M. L.; Manzini, J. M.; Bocco, F. (2006). Reinventando as Práticas Psi. *Psicologia & Sociedade*; 18 (1): 15-20; jan/abr.
- Nepomuceno, L. B.; Ximenes, V. M.; Cidade, E. C.; Mendonça, F. W. O. & Soares, C. A. (2008). Por uma Psicologia Comunitária como práxis de libertação. *Psico*, Porto Alegre, 39 (4), 456 – 464.
- Neves, T. P. (2006). Reflexões sobre a promoção da saúde. *Revista Espaço Acadêmico*. 62, julho.
- Oddone, I., Marri, G., Gloria, S., Briante, G., Chiattella, M. & Re, A. (1986). *Ambiente do trabalho – a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo: HUCITEC.
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B., Costa, A. L. F., Silva, F. L., Alverga, A. R., Carvalho, D. B. & Yamamoto, O. H. (2004). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 9 (17), 71-89.
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M., Costa, A. L., Gadelha, T. M., Ribeiro, E. M., & Yamamoto, O. H. (2005). A psicologia, o Sistema Único de Saúde e Sistema de Informações Ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. *Interação em Psicologia*, 9 (2), 273-283.
- Onocko-Campos, R. T. & Campos, G. W. S (2006). Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In.: Campos, G. W. S.; Minayo, M. C. S.; Akerman, M;

Drumond Júnior, M. & Carvalho, Y. M. (2006). *Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Hucitec e Editora Fiocruz.

Onocko-Campos, R. T., Campos, G. W. S., Ferrer, A. L., Corrêa, C. R. S., Madureira, P. R., Gama, C. A. P., Dantas, D. V. & Nascimento, R. (2012). Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev. Saúde Pública*. 46(1), 43-50.

Organização Mundial da Saúde. (1946). Constituição da Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO). Nova Iorque.

Paim, J. S. (2009). Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 33 (81), 27-37.

Paim, J. S. & Silva, L. M. V. (2010). Universalidade, integralidade, equidade e SUS. *BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso)*, 12 (2), 109-114.

Paim, J.; Travassos, C.; Almeida, C.; Bahia, L. & Macinko, J. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. Publicado Online em 2011. Disponível em http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf.

Paiva, C. H. A. & Teixeira, L. A. (2014). Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro, 21 (1), 15-35.

Patto, M. H. S. (1993). O conceito de cotidiano em Agnes Heller e a pesquisa em educação. *Perspectivas*. São Paulo, 16: 119 – 141.

Patto, M. H. S. (1997). Para uma Crítica da Razão Psicométrica. *Psicologia USP*, 8 (1), 47-62.

- Ribeiro, P. T. (2007). Direito à Saúde: integridade, diversidade e territorialidade. *Ciência e Saúde Coletiva*. 12 (6): 1525 – 1532.
- Rigotti, D. G. (2016). Matriciamento e Coprodução de Autonomia: Percepções dos Apoiadores Matriciais do SUS–Campinas. *Dissertação de Mestrado*. Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Campinas – SP.
- Ronzani, T. M. & Rodrigues, M. C. (2006). O Psicólogo na Atenção Primária à Saúde: Contribuições, Desafios e Redirecionamentos. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26 (1), 132-143.
- Rosa, W. A. G., Labate, R. C. (2005). Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino-am Enfermagem*. novembro-dezembro 13 (6):1027-34.
- Sánchez, A. (2015). 'Nuevos' valores em la práctica psicosocial y comunitaria: Autonomía compartida, auto-cuidado, desarrollo humano, empoderamiento y justicia social. *Univ. Psychol*. Bogotá, Colombia, 14 (4), 1235-1244.
- Sawaia, B. B. (2009). Psicologia e Desigualdade Social: uma reflexão sobre liberdade e transformação social. *Psicologia & Sociedade*; 21 (3): 364-372.
- Scarcelli, I. R. & Junqueira, V. (2011). O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 31 (2), 340-357.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 17 (1): 29-41.
- Segre, M. & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31(5), 538-542.

- Spink, M. J. P. & Matta, G. C. (2007). A prática profissional psi na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In.: Spink, M. J. P. (2007). *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. Casa do Psicólogo.
- Spink, P. K. (2003). Pesquisa de Campo em Psicologia Social: Uma Perspectiva Pós-Construcionista. *Psicologia e Sociedade*, 15 (2).
- Spink, P. K. (2008). O Pesquisador Conversador no Cotidiano. *Psicologia & Sociedade*; 20, Edição Especial: 70-77.
- Teixeira, C. F. (2006). A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: Teixeira, C. F & Solla, J. P. (2006). *Modelo de atenção à saúde: vigilância e saúde da família*. Salvador: Editora EDUFBA.
- Traverso-Yépez, M. (2001). A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo*, Maringá, 6 (2), 49-56.
- Vasconcelos, C. M. & Pasche, D. F. (2009). O Sistema Único de Saúde. In.: Campos, G. W. S.; Minayo, M. C. S.; Akerman, M; Drumond Júnior, M. & Carvalho, Y. M. (2009). *Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Hucitec e Editora Fiocruz. 2ª edição.
- Westphal, M. F. (2015). Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças. In.: Campos, G. W. S.; Minayo, M. C. S.; Akerman, M; Drumond Júnior, M. & Carvalho, Y. M. (2015). *Tratado de Saúde Coletiva*. Editora Hucitec e Editora Fiocruz. 2ª edição revista e aumentada. 5ª reimpressão.

World Health Organization (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion.

Disponível

em

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>.

Acessado em 17 de junho de 2016.