

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

RAEL LOPES ALVES

**ENCONTROS POSSÍVEIS E MOVIMENTOS PASSÍVEIS DE AFETAÇÕES:
RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.**

PORTO ALEGRE
2018

RAEL LOPES ALVES

**ENCONTROS POSSÍVEIS E MOVIMENTOS PASSÍVEIS DE AFETAÇÕES:
RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rosemarie Gartner Tschiedel

PORTO ALEGRE
2018

**ENCONTROS POSSÍVEIS E MOVIMENTOS PASSÍVEIS DE AFETAÇÕES:
RELATO DE EXPERIÊNCIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.**

Trabalho de conclusão de curso aprovado para a obtenção do título de Bacharel em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 02 julho, 2018.

Prof.^a Dra. Jaqueline Tittoni, UFRGS/RS

Parecerista

AGRADECIMENTOS

Agradeço os encontros que fizeram possível esse trabalho.

Agradeço aos professores do Instituto de Psicologia, principalmente aos que tive o prazer de conhecer ao longo do curso pelo empenho e dedicação na nossa formação.

Agradeço a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre pelos espaços que tornaram possível eu encontrar tantas pessoas incríveis.

Agradeço a Unidade Básica de Saúde Santa Cecília, em especial às/aos profissionais membros da Equipe Um, que me acolheram e cativaram quando eu os encontrei para a realização do meu estágio obrigatório e cujo convívio engrandeceu a minha experiência profissional, mas principalmente deixaram uma marca na minha memória e no meu coração.

Agradeço às/aos colegas de curso que tive o privilégio de encontrar ao longo dessa trajetória para debater, conversar, sorrir e chorar. Pela alegria e beleza com que cada uma/um preencheu esses anos de convivência.

Agradeço à Prof.^a Dra. Jaqueline Tittoni por aceitar fazer parte desse encontro de finalização da minha formação, pelo carinho que dispensou no período em que foi minha supervisora de estágio, especialmente pela sensibilidade e doçura com que sempre me acolheu.

Em especial agradeço o encontro com a Prof.^a Dra. Rosemarie Gartner Tschiedel pela oportunidade de realizar e seguir com o meu estágio na UBS Santa Cecília. Pela disposição e parceria com que sempre se colocou nos momentos de dificuldade e pela liberdade e confiança que me permitiu trilhar esse caminho com alegria, mas, principalmente, pelos ensinamentos, compreensão e apoio que somente as verdadeiras mestras dão aos seus aprendizes.

*“Assim o príncipezinho cativou a raposa.
Mas, quando chegou a hora da partida, a
raposa disse:*

- Ah! Eu vou chorar.

*- A culpa é tua, disse o príncipezinho, eu
não queria te fazer mal; mas tu quiseste
que eu te cativasse...*

- Quis, disse a raposa.

- Mas tu vais chorar! disse o príncipezinho.

- Vou, disse a raposa.

- Então, não sais lucrando nada!

*- Eu lucro, disse a raposa, por causa da cor
do trigo.”*

(SAINT-EXUPÉRY)

RESUMO

Apresentamos um relato de experiência sobre a articulação da Psicologia com a Atenção Básica em Saúde (AB), visto que a/o profissional psicóloga/o não está prevista/o para a composição da equipe mínima que atua na AB. Para isso, contextualizamos a importância histórica da Reforma Sanitária para a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) que estabeleceu a AB como o nível primário de acesso à saúde para a população. Além disso, destacamos a Reforma Psiquiátrica para entender as relações da saúde mental com a AB, procurando demonstrar como a/o profissional psicóloga/o, orientado para atuar na clínica privada, adentrou o SUS e, conseqüentemente, se relacionou com a AB. Finalizamos com o relato das experiências vivenciadas no período de estágio curricular obrigatório em Psicologia, realizado na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília (UBS), salientando as afetações produzidas por esse encontro que representam os desafios que a/o profissional psicóloga/o precisa superar, tanto no seu saber-fazer, quanto nas relações estabelecidas com esse espaço que é a AB.

Palavras-chave: Atenção Básica em Saúde. Psicologia. Sistema Único de Saúde. Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

We report an experience about the articulation of Psychology with Primary Health Care, given that the professional psychologist is not referred to the composition of the minimum team that operates in the Primary Health Care. For this reason, the historical background of Sanitary Reform for the institutionalisation of the Unified Health System, which established the Primary Health Care as the primary level of access to health care for the population. Furthermore, we highlight the Psychiatric Reform in order to understand the relationships between the mental health and the Primary Health Care, seeking to demonstrate how the professional psychologist, oriented to act in a private clinic, entered the Unified Health System and correlate with the Primary Health. We finish with the account of experiences in the probationary period required in Psychology, conducted in the Basic Health Unit Santa Cecilia, stressing the affectations produced by this encounter that represent the challenges that the professional psychologist need to overcome, both in their know-how, as well as in the relations established with this space which is the Primary Health Care.

Key-word: Primary Health Care. Psychology. Unified Health System. Basic Health Unit.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	9
3 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	13
4 PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	20
5 UNIVERSIDADE E ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	23
6 ENCONTROS	24
6.1 UMA PEQUENA GAVETA.....	25
6.2 ENCONTROS INESPERADOS	26
6.3 ENCONTRO MARCADO	28
6.4. TERRITÓRIO DE ENCONTROS	30
7 REENCONTROS	33
REFERÊNCIAS:	37

1 INTRODUÇÃO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) pretende constituir-se em um relato de experiência sobre como a Psicologia, sendo um campo de saber da área da saúde, se articula com a Atenção Básica em saúde (AB), o nível primário de acesso para a população ao Sistema Único de Saúde (SUS).

A AB em saúde não prevê a presença da/o¹ profissional psicóloga/o na formação da equipe mínima necessária para o seu funcionamento. Partindo de algumas experiências vivenciadas durante o período de estágio curricular obrigatório em Psicologia realizado na Unidade Básica de Saúde Santa Cecília (UBS), procuramos entender que afetações são produzidas pelo encontro da/o psicóloga/o, mesmo que em formação, com esse espaço de promoção e cuidado em saúde.

Para isso, realizamos uma contextualização procurando destacar a importância histórica de dois movimentos sociais. Primeiramente, a Reforma Sanitária cuja articulação promoveu a institucionalização do SUS e, assim, configurou a AB como uma política pública em saúde. Da mesma forma, salientamos a importância da Reforma Psiquiátrica para entender as relações da AB com a saúde mental.

A partir desses movimentos, que condicionaram a instituição de políticas públicas em saúde, conforme preconizadas pelo SUS, procuramos entender como a/o profissional psicóloga/o, fortemente orientado para uma atuação clínica privatista, adentrou o SUS. Assim como, buscamos os elementos que relacionam a Psicologia com a AB.

Concretizada essa etapa do TCC, apresentamos os relatos das experiências de estágio destacando as construções realizadas pela Psicologia ao entrar na AB, seja na relação com outras/os profissionais, seja com a comunidade. Da mesma forma, apresentamos os desafios que a/o profissional psicóloga/o precisa superar, tanto no seu saber-fazer, quanto nas relações estabelecidas nesse espaço que é a AB.

Finalizamos através de uma reflexão sobre as afetações despertadas por esse encontro entre Psicologia e a AB, entendendo que as relações produzidas ao longo do período de estágio, foram fundamentais para conformação de uma/um profissional psicóloga/o, mas, além de tudo, de um sujeito ética e politicamente comprometido.

¹ Procuramos não favorecer nenhum dos gêneros na flexão dos substantivos quando o texto representa uma construção nossa. Nos casos de citação direta ou indireta, mantemos a flexão que o autor utilizou.

2 ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

A saúde no Brasil caracterizou-se, durante o período que antecedeu a implementação do SUS, por uma lógica de assistência médico-hospitalar em que o Ministério da Saúde (MS) realizava ações pontuais de caráter universal, tais como campanhas de vacinação e controle de endemias. Além disso, mantinha hospitais especializados, como os sanatórios para pacientes “tuberculosos” e os manicômios para os “loucos” (BRASIL, 2002).

A população trabalhadora vinculada à economia formal conseguia acesso aos serviços de saúde através dos planos de previdência pagos aos institutos de aposentadoria de suas respectivas categorias profissionais que, com o tempo, foram aglutinados no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Excluída, a maior parcela da população não estava vinculada aos planos previdenciários restando, como forma de atendimento em saúde, contar com o auxílio de instituições de caráter filantrópico, constituindo assim o seu acesso à saúde como uma ação de caridade.

Além disso, o INAMPS era gerido financeiramente de forma a direcionar recurso para as regiões com maior número de trabalhadores contribuintes. “Portanto, quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população”. (BRASIL, 2002, p.12).

Esse sistema alimentava a discrepância social brasileira, pois impelia às regiões com as populações mais necessitadas, menos recursos financeiros para investimento em saúde, tornando-os ainda mais dependentes e submissos às atividades/ações filantrópicas institucionais e políticas.

O modelo previdenciário de assistência médico-hospitalar começou a mostrar problemas no seu gerenciamento, principalmente na captação e distribuição dos recursos, durante o regime militar que governava o país. No início dos anos 1980, o Movimento da Reforma Sanitária (MRS) irá convocar e articular diferentes agentes sociais para ocuparem os espaços institucionais que se criavam devido ao processo de abertura política que se iniciava no país.

Nesse sentido, a oitava Conferência Nacional de Saúde (CNS) configurou um marco histórico de mobilização e participação social na área da saúde que possibilitou a consolidação do MRS e as bases teórico-metodológicas para a construção do SUS:

Na esfera da saúde, mais especificamente, a Nova República encontra um movimento sanitário mobilizado e articulado, com um acúmulo histórico de alguns anos de lutas e um repertório de propostas convergentes para um projeto alternativo ao modelo médico-assistencial, além de quadros técnico-políticos inseridos nos ministérios da Saúde e da Previdência e Assistência Social. Tais condições históricas tornaram possível a realização, em março de 1986, da 8ª Conferência Nacional de Saúde – 8ª CNS, congregando o expressivo número de 5.000 (cinco mil) participantes, provenientes de um leque bastante diversificado de agentes/sujeitos sociais e políticos da sociedade civil organizada. (BRASIL, 2006, p. 46).

No entanto, será com a realização da Assembleia Nacional Constituinte de 1988 e a promulgação da Constituição Federal no mesmo ano, conhecida como “Constituição Cidadã”, que o direito à saúde estará consolidado para toda população, além de imputar ao Estado o dever de garantir esse direito. “O movimento sanitário havia conseguido inscrever na Constituição um modelo complexo de efetivação do poder da base, desdobrado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).” (BRASIL, 2006, p. 112).

A Lei 8.080 instituiu o SUS e estabeleceu como seus princípios: a universalização, a equidade e a integralidade. Esses princípios reorientam o sistema de saúde, levando em consideração os problemas apresentados historicamente pela lógica assistencial médico-hospitalar. A universalização garante acesso de toda população aos serviços de saúde em todos os seus níveis de assistência (BRASIL, 2004).

Como explicitado por Dimenstein (2004) o princípio da equidade deve considerar as desigualdades existentes entre as pessoas com o objetivo de ajustar suas ações às necessidades específicas de cada parcela da população conforme as suas carências.

No que tange ao princípio da integralidade, este pressupõe uma visão da pessoa em sua totalidade, o que remete conforme MS (BRASIL, 2012, p.21-22) a realização de:

[...] ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades [...]

Construído o arcabouço jurídico-constitucional de suporte para o SUS, foi necessário, seguindo o processo histórico, desenvolver as vias pelas quais o sistema de saúde seria acessado pela população. Nesse contexto, a nona Conferência Nacional de Saúde realizada em 1992, cujo tema principal era “A municipalização é o caminho”, representou o espaço na definição de políticas para a consolidação do SUS. Novamente a participação ampla dos setores da área da saúde e de distintos agentes sociais foram os elementos que marcaram positivamente esse processo de institucionalização, calcado na proximidade com a população como forma de facilitar o acesso ao sistema de saúde.

Partindo desse manancial de ideias, proposições e realizações o SUS se configura na atualidade, como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, com garantia de assistência integral sendo oferecida gratuitamente, da atenção básica até os atendimentos especializados e de alta complexidade, a toda população brasileira (BRASIL, 2004).

A utilização dos termos, atenção básica ou atenção primária em saúde, torna-se irrelevante, como explicitado pelo MS (BRASIL, 2012), pois são considerados equivalentes de acordo com o Plano Nacional de Atenção Básica (PNAB) sendo considerada uma estratégia de importância fundamental para o funcionamento do SUS.

O Manual da Atenção Básica, aprovado pela Portaria GM/MS nº 3.925, de 13 de novembro de 1998, define a Atenção Básica como “o conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação”. (BRASIL, 2004, p.19-20).

A atenção básica se configura como o *locus* pelo qual o sistema de saúde será acessado pela população, “a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde.” (BRASIL, 2012, p. 19). Como estratégia dentro da política de saúde do Estado, a atenção básica deve seguir os mesmos princípios que regem o SUS.

Além disso, o PNAB (BRASIL, 2017) estabelece algumas diretrizes para o desenvolvimento das ações em saúde a serem efetivadas: Regionalização e Hierarquização; Territorialização; População Adstrita; Cuidado centrado na pessoa; Resolutividade; Longitudinalidade do cuidado; Coordenação do cuidado; Ordenação da rede e Participação da comunidade.

Destacamos a importância que o território assume nessa configuração do sistema, pois a partir dessa diretriz espacial será possível estabelecer programas e ações de forma descentralizada que visem impactar a população habitante do território,

procurando responder as demandas da coletividade, desde que em consonância com o princípio de equidade (BRASIL, 2012).

Para contemplar o caráter amplo de assistência que o SUS propõe e assim consolidar a expansão da atenção básica, o PNAB (BRASIL, 2012, p.54) define a Estratégia na Saúde da Família (ESF) como modelo de “reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade”.

A necessária articulação de saberes e técnicas diferentes nas equipes de saúde da atenção básica possibilitam a criação de vínculos e práticas de cuidado humanizadas visando à ampliação da autonomia das/os usuárias/os. Sendo assim, a constituição de equipes multiprofissionais e interdisciplinares é um pressuposto fundamental na sua composição.

Esse modelo de trabalho pressupõe o deslocamento das ações profissionais centradas nos procedimentos técnicos, para a composição, junto às/aos usuárias/os, de estratégias que busquem acolher suas demandas em saúde. Ampliando a capacidade de cuidado por parte das equipes, pois estabelece uma relação que deixa de ser ativa e impositiva, para uma postura passiva, de acompanhamento, respeitando os tempos e os espaços dos sujeitos, em seu devir.

A materialização da multiprofissionalidade é estabelecida nas especificidades da ESF com a formulação de uma equipe de saúde que deve ser composta por um grupo mínimo de profissionais responsáveis pelo estabelecimento de vínculo e pelo cuidado da saúde das/os usuárias/os de um determinado território. O PNAB (BRASIL, 2012, p.55) estabelece o seguinte:

Existência de equipe multiprofissional (equipe de Saúde da Família) composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal: cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar e/ou técnico em saúde bucal;

Esta equipe deve mobilizar os variados saberes de distintos campos de conhecimento através da interdisciplinaridade, buscando sempre desenvolver um trabalho intersetorial como forma de garantir um amplo acesso à população das mais

variadas técnicas em saúde e de outras áreas, alcançando assim uma maior eficácia e resolução das demandas em saúde do território em questão.

Nesse sentido, uma das relações intersetoriais com a qual o campo da atenção básica em saúde estabelecerá uma forte pactuação, será o campo da saúde mental. Seja por razões histórico-políticas, concretamente pelo movimento da luta antimanicomial, que procurava garantir os direitos das pessoas com sofrimento mental buscando preservar a autonomia dessa população, seja por demandas de cuidado e assistência. Necessitamos a seguir demarcar como esses saberes-fazerem se entrelaçam.

3 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Em conjunção com o MRS, de reconfiguração da assistência em saúde para a população brasileira que culminou com a criação do SUS, desenvolveu-se outro movimento que buscava modificar o tratamento que era dado, até então, aos portadores de doenças mentais, os denominados loucos. O Movimento da Reforma Psiquiátrica (MRP) ou Luta Antimanicomial (LA), embora contemporâneo ao MRS, inscreveu uma trajetória singular inspirada pelo contexto internacional que objetivava a superação do modelo asilar marcado por uma conduta, isolacionista e violenta, no tratamento do louco (BRASIL, 2005).

O MRP foi ancorado na experiência italiana promovida pelo médico psiquiatra Franco Basaglia. Sendo aplicada inicialmente na cidade de Trieste e depois estendida em todo o país. Basaglia defendia a substituição do tratamento hospitalar e manicomial por uma rede de atendimento territorial, pois entendia a doença mental para além de um mau estado físico-mental do indivíduo, mas como um processo social. Conforme Amarante (1995 apud DIMENSTEIN, 2005 p.37-38):

Basaglia acreditava que a desmontagem do aparato manicomial e do paradigma psiquiátrico clássico estava diretamente relacionada à luta contra a desigualdade social, a exclusão das diferenças, a marginalização da figura do louco associado ao perigo e à desordem social, ou seja, ele partia do pressuposto de que as más condições de vida (a pobreza, a miséria), o estado de degradação social e subjetiva em que vive uma população, eram fontes de mal-estar coletivo que, por sua vez, são fonte de enfermidades, incluindo a loucura.

Nos anos 1970 os movimentos sociais iram se articular na luta contra o regime militar instaurado no país reivindicando a reintegração de direitos civis. Amarante (1998 apud NETO, 2010) identifica o início do MRP no ano de 1978, principalmente vinculado à crise da Divisão Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde

(DINSAM) devido ao relato de casos de violência asilar e de desmandos nos hospitais psiquiátricos públicos no Rio de Janeiro.

Nesse contexto, se constitui no mesmo ano, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), composto por diferentes agentes sociais como trabalhadores da saúde mental, familiares e ex-internos manicomiais.

É sobretudo este Movimento, através de variados campos de luta, que passa a protagonizar e a construir a partir deste período a denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a construir coletivamente uma crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. (BRASIL, 2005. p.7).

Assim como ocorrido com a reforma sanitária, será no período de redemocratização que essas articulações em relação à luta antimanicomial irão se consolidar, principalmente com a realização, em 1987, da I Conferência Nacional de Saúde Mental, influenciada pelo ambiente de debates e proposições que ocorreram no ano anterior, na VIII Conferência Nacional Saúde. Contemporaneamente, também foi realizado o II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, no final de 1987. Nele, ficou definido o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (NETO, 2010).

Além desses encontros e espaços de discussão em saúde mental, algumas experiências foram fundamentais para a consolidação das propostas do MRP. Entre elas, está o surgimento, em 1987, do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS/Itapeva) do Brasil, na cidade de São Paulo.

No entanto, será a experiência do município de Santos, no estado de São Paulo, que irá demonstrar, de forma efetiva e concreta, a superação do modelo apoiado no hospital psiquiátrico, através da construção de uma rede de apoio e cuidado para pacientes com transtorno mentais. Em 1989, a Secretaria Municipal de Saúde de Santos (SP) realizou uma intervenção na Casa de Saúde Anchieta, um hospital psiquiátrico, devido aos maus-tratos e mortes de pacientes internados no local (BRASIL, 2005). O caso obteve repercussão nacional, possibilitando uma brecha no discurso vigente para que o MRP pudesse se expandir.

Neste período, são implantados no município de Santos Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) que funcionam 24 horas, são criadas cooperativas, residências para os egressos do hospital e associações. A experiência do município de Santos passa a ser um marco no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira. Trata-se da primeira demonstração, com grande repercussão, de que a Reforma Psiquiátrica, não sendo apenas uma retórica, era possível e exequível. (BRASIL, 2005, p.7).

No embalo dos acontecimentos, a Luta Antimanicomial também avançou no campo legislativo quando o deputado Paulo Delgado (PT/MG) entrou no Congresso Nacional, no ano de 1989, com o Projeto de Lei que regulamentava os direitos das pessoas com transtornos mentais, além de propor a extinção progressiva dos manicômios no país (BRASIL, 2005).

No ano seguinte, em 1990, ocorre a Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica, realizada em Caracas, onde é firmada a Declaração de Caracas, documento assinado pelo governo brasileiro, que se compromete com transformações profundas no campo da saúde mental. Ainda nos anos 1990, também ocorre II Conferência Nacional de Saúde Mental, impulsionando os debates sobre as experiências dos primeiros CAPS que iram servir de guia para a criação das primeiras normas federais de regulamentação e implementação de serviços de atenção diária em saúde mental, além das primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

Somente após doze anos de tramitação no Congresso Nacional, a Lei Federal 10.216, conhecida como Lei Paulo Delgado, será sancionada em 2001. Apesar de dispor sobre os direitos dos cidadãos com transtorno mental e claramente direcionar a política pública em saúde mental em forma de rede de serviço de base comunitária, a lei não conseguiu instituir mecanismos eficazes para extinção dos manicômios (BRASIL, 2005).

Percebemos nesta amostra da Luta Antimanicomial no Brasil, que a concepção da saúde mental e os modelos de atendimento à pessoa portadora de transtornos mentais ainda são questões que tensionam a nossa sociedade. Conforme Dimenstein (2005, p. 28), “a tendência hospitalocêntrica ainda não foi abandonada por completo, o que dificulta o crescimento do sistema extra-hospitalar e multiprofissional que já vem sendo alvo de debates desde a I Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em 1987.”

Diante do quadro apresentado a partir da recuperação da história do MRP, podemos perceber que a saúde mental acabou por compor um debate social que, mesmo marcado por uma forte convergência ao MRS, suscitou um espaço próprio de discussão

de suas demandas. “É importante observar que a relação entre as duas reformas, a psiquiátrica e a sanitária, caminhou entre momentos de conjunção e de disjunção.” (NETO, 2010, p 392).

Nessa trajetória ondulante entre as duas reformas, foram formuladas soluções que apontavam para a produção de modelos de saúde configurados em forma de uma rede de assistência e cuidado, em consonância com as propostas do SUS. Sendo assim, a atenção básica em saúde, porta de entrada das/os usuárias/os do sistema de saúde, acaba recebendo as principais demandas em saúde mental, mesmo que essa ainda seja compreendida como uma atenção especial em saúde.

As diferentes formas de sofrimento psíquico constituem importante causa de perda de qualidade de vida na população em geral. A realidade das equipes de SF demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de “saúde mental”: 56% das equipes de Saúde da Família referiram realizar “alguma ação de saúde mental”, segundo dados divulgados pela Opas/MS, relativos a 2002. (BRASIL, 2010, p.35).

Devido ao fato da saúde mental ser considerada, tanto por profissionais como por usuárias/os, um tipo de demanda especializada em saúde, verificamos que as práticas executadas nesse campo de saber ainda não se articulam efetivamente com a atenção básica conforme preconizado pelo SUS. “Como consequência dessa realidade, constatou-se a existência de considerável demanda reprimida em saúde mental, por meio do elevado percentual de usuários sem acompanhamento profissional nos serviços de atenção primária.” (DIMENSTEIN, 2005, p.34).

A qualificação das equipes de saúde que atuam na atenção básica, priorizando as ações em saúde mental, torna-se uma estratégia fundamental para o adequado acolhimento dessas demandas na própria atenção básica, possibilitando a ampliação do acesso e a manutenção do cuidado das/os usuárias/os.

A aproximação de profissionais que atuam na atenção básica aos que atuam na saúde mental visa à desmistificação de que essas áreas de saber não se conciliam. Esta aproximação deve estar pautada por uma lógica que configure modelos de ação que rompam com a verticalidade das relações profissionais e na relação com as/os usuárias/os, ou seja, que se contraponha ao saber biomédico. Conforme GÉRVAS e FERNÁNDEZ (2011 apud BRASIL, 2014, p.15):

Uma recente pesquisa sobre a atenção básica no Brasil identificou que há, de modo geral, persistência de uma “visão vertical” de programas e protocolos que compartimentam a prática clínica, repercutindo um modelo rígido e fragmentado na área. Além disso, destaca que há também ênfase na “visão preventiva” que ocasiona o escasso desenvolvimento da atividade clínica nas práticas de saúde.

As equipes devem realizar movimentos que busquem compreender os sujeitos em suas incertezas, numa construção em conjunto de abordagens e técnicas que se constituam pela sensibilidade e na humanidade das relações. Além disso, devem procurar construir redes de apoio pelas quais os usuários devem circular e onde os saberes estarão distribuídos, produzindo a inclusão pautada pelo respeito às diferenças (NUNES; TORRENTÉ; LANDIM, 2016).

Novamente, foi a partir de uma experiência, realizada na cidade de Campinas, em São Paulo, que se chegou à construção de um modelo de operação em oposição à lógica ambulatorial hospitalocêntrica e médico-centrada. Foram constituídas equipes de saúde mental, compostas por psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, que atuavam diretamente junto às equipes da atenção básica. Apesar de orbitarem em torno da figura do psiquiatra, esse exercício serviu de esboço para a instituição de uma equipe multiprofissional que culminaria na concepção do apoio matricial.

Realizou-se o desenvolvimento, sistematização e experimentação de uma nova metodologia de trabalho, denominada de apoio matricial, em que houvesse interação dialógica entre os especialistas em saúde mental, as equipes de atenção básica e usuários. (CAMPOS, 2016, p.36).

Essa experiência germinativa propiciou sua replicação em outros espaços de saúde na atenção básica, promovendo um amplo debate nacional sobre o assunto. De tal forma, que o MS incorporou o apoio matricial como estratégia por meio da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, republicada em 4 de março de 2008 (BRASIL, 2014) e definiu, como dispositivo para abrigar esse conjunto de profissionais, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O NASF, além de atuar no apoio as equipes de ESF, também deve estar atento às demandas das/os usuárias/os de forma a estabelecer ações conjuntas com as equipes da atenção básica no cuidado da saúde das/os usuárias/os. Segundo o MS (BRASIL, 2011 apud BRASIL, 2014, p. 17):

Conforme a Pnab, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família são equipes multiprofissionais, compostas por profissionais de diferentes profissões ou especialidades, que devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultórios na Rua, equipes ribeirinhas e fluviais), compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas, buscando auxiliá-las no manejo ou resolução de problemas clínicos e sanitários, bem como agregando práticas, na atenção básica, que ampliem o seu escopo de ofertas.

Com esta intenção, o trabalho em equipe torna-se um elemento fundamental para que efetivamente se possa constituir a proposta do NASF. As equipes multiprofissionais devem procurar estabelecer uma ampla compreensão do processo de saúde, articulando os distintos saberes para alcançar uma proposta de intervenção, que seja, além de resolutiva, também construtiva. Visando o despertar das potencialidades dos sujeitos envolvidos e de suas famílias, tornando-os co-partícipes de sua saúde através de uma atuação comunitária em saúde, em contraposição a um modelo individualista, que culpabiliza o sujeito pela sua doença.

Desde sua institucionalização como política oficial do SUS, o NASF obteve uma grande expansão. Segundo o MS (CAMPOS, 2016) em 2014, havia mais de 8 mil equipes de NASF no país. Esses dados indicam a importância do apoio matricial como método operacional de auxílio às equipes de ESF na atenção básica e da importância da atuação desse núcleo de profissionais junto as/aos usuárias/os. Como Dimenstein, Lima e Macedo (2013, p.50) afirmam: “[...] o NASF tem se configurado a principal ferramenta brasileira para a implementação de ações em saúde mental na Atenção Primária.”

Além do apoio matricial, outras ferramentas tecnológicas são propostas para a organização do processo de trabalho da equipe que compõe o NASF. A Clínica Ampliada, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) e o Projeto de Saúde no Território (PST).

Conforme as diretrizes do NASF (BRASIL, 2010) a Clínica Ampliada conforma uma série de movimentos que devem ser executados pelos profissionais e pela equipe: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas visando a dissolução de uma relação unilateral com o paciente; ampliação do “objeto de trabalho” que produz o deslocamento do saber-fazer; a transformação dos “meios” ou instrumentos de trabalho; e o suporte para os profissionais de saúde que devem aprender a lidar com suas próprias dificuldades e as do grupo.

Assim como a Clínica Ampliada, outra importante ferramenta de trabalho do NASF é o PTS. Ele pode ser definido como (BRASIL, 2010, p.28):

[...] um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. É uma variação da discussão de “caso clínico”. Foi bastante desenvolvido em espaços de atenção à saúde mental como forma de propiciar uma atuação integrada da equipe valorizando outros aspectos, além do diagnóstico psiquiátrico e da medicação, no tratamento dos usuários.

Conforme uma das diretrizes do SUS, a territorialização, outra ferramenta tecnológica importante desenvolvida foi o Projeto de Saúde no Território (PST). Este visa à promoção da autonomia das/os usuárias/os e da comunidade, através da articulação das equipes da atenção básica em saúde em composição com o NASF, no desenvolvimento de atividades no território de abrangência da equipe de ESF com o objetivo de produzir ações em saúde, e de promover o encontro do serviço de saúde com outros serviços e políticas sociais (BRASIL, 2010).

Como demonstrado anteriormente, a/o psicóloga/o é um dos profissionais previstos para a composição da equipe do NASF. Apesar de, historicamente, estar vinculado ao grupo de profissionais especializados que possuem uma tradição de atuação clínica ambulatorial em hospitais de média e alta complexidade, pode-se observar sua inserção na atenção primária em saúde, tanto no matriciamento das equipes da saúde da família, como no desenvolvimento de ações da clínica ampliada, e na execução de atividades de promoção e prevenção em saúde, especialmente, relacionados à saúde mental (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Nesse sentido, cabe destacar a experiência do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), em Porto Alegre, que no ano de 2004 instituiu um “Programa de Aperfeiçoamento Especializado” denominado Residência Integrada em Saúde do GHC (RIS/GHC) elaborado conforme o modelo de formação em serviço.

Tratava-se de uma Residência Multiprofissional em Saúde (RMS), que agregaria profissionais de diferentes núcleos de formação em três campos de saberes e práticas (Saúde da Família e Comunidade, Saúde Mental e Terapia Intensiva) e que seria desenvolvida junto a diferentes estabelecimentos de saúde ligados à organização e fora dela. (BRASIL, 2014, p.336).

O projeto da RIS/GHC contempla uma formação que objetiva dirimir as dificuldades na articulação entre a saúde mental e a atenção básica, tanto pelo seu caráter multiprofissional, quanto pela formação horizontal das/os profissionais, ou seja,

pela produção de encontros que provocam tensionamentos e aproximações. A experiência da RIS/GHC demonstra a importância que a formação profissional ocupa para a consolidação do modelo de apoio matricial da equipe do NASF junto a equipes de ESF.

Diferentemente, os cursos de formação para área da saúde permanecem centrados na formação para o atendimento ambulatorial hospitalar, hierarquizado pelo médico e influenciados pela cultura da medicalização da vida. Esses fatores acabam por dificultar o encontro dos trabalhadores de saúde, tão necessário para a efetividade do apoio matricial. Esse desencontro acaba por reiterar a lógica do atendimento ambulatorial, como explicita Dimenstein; Lima e Macedo (2013, p.51):

Além disso, o trabalho de matriciamento tem se limitado à discussão de casos, uma vez que o atendimento e as intervenções conjuntas junto ao usuário, famílias e comunidades são incipientes, bem como são pouco utilizados mecanismos presenciais ou virtuais para troca de experiência entre as equipes.

Demonstramos a exigência de uma formação abrangente, que prepare os trabalhadores da área da saúde para estarem aptos a compor uma equipe multiprofissional na atenção básica em saúde, possibilitando a construção de modelos de cuidado e assistência que atendam as demandas das/os usuárias/os do SUS.

Sendo assim, torna-se necessário verificar como a Psicologia, disciplina que compõe um dos saberes sobre a saúde mental, construiu ao longo desse período sua ligação com o SUS e em especial com a atenção básica.

4 PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Macedo e Dimenstein (2012) destacam as movimentações sócio-políticas em decorrência da luta antimanicomial ocorridas entre o final dos anos 1980 e início de 1990, como indutoras da integração da categoria das/os psicólogas/os às demandas de saúde de grande parte da população brasileira. Esse engajamento se deu, principalmente, devido à ampla adesão social que o MRP adquiriu frente aos questionamentos levantados em relação às condutas absurdas e excludentes frente à loucura nos manicômios, marcando a participação e presença da/o profissional psicóloga/o nas discussões em saúde, e, inclusive, na liderança frente aos acontecimentos que marcaram aquela época.

Cabe reiterar que historicamente, a prática psicológica se desenvolveu em uma direção oposta, marcada pelo atendimento privado e individual e destinado a uma parcela da população com recursos suficientes para pagar pela consulta. “Essa tradição da formação dos psicólogos foi absoluta até meados da década de 90, produzindo efeitos que até hoje se fazem sentir. Um deles é o da identificação do perfil do psicólogo com o de um profissional que atua na clínica.” (NETO, 2010, p. 393).

Durante muito tempo, o saber psicológico, devido ao seu olhar direcionado aos sujeitos e seus comportamentos, constituiu uma epistemologia normativa da conduta humana, estabelecendo relações verticais de saber e poder sobre a alteridade, afastando a/o profissional psicóloga/o de modelos de cuidado horizontais e colaborativos, como denuncia Guareschi (2009, p.42):

Nesse sentido, uma Psicologia fundamentada no estabelecimento de padrões de comportamento descritivos que regulamentam o que é normal e o que é desviante assume uma postura disciplinadora de condutas e não tem como dar conta de um olhar voltado para o respeito à alteridade, a qual compreende as condições de produção de vida de cada indivíduo.

A partir dos movimentos político-sociais de reforma sanitária e psiquiátrica, ou seja, de uma demanda elaborada pela sociedade, o saber-fazer da/o psicóloga/o foi colocado em questão, na medida em que essas reformas exigiam novas competências das/os profissionais para contemplar as demandas do novo mercado que se instaurava.

A adoção do SUS como modelo de sistema de saúde e a substituição do modelo asilar na saúde mental, demarcou a instituição, por parte do Estado, de políticas públicas com uma proposta de descentralização, especialmente nas áreas de saúde, saúde mental e assistência social. Esse movimento do Estado impulsionou a saída dos psicólogos da clínica privada, promovendo a expansão e interiorização desses profissionais por todo país (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

O movimento promovido pela descentralização das políticas públicas, também colaborou para o reconhecimento da Psicologia, pelos Ministérios da Saúde e da Educação, como disciplina que compõe a área da Saúde e não somente a área das Ciências Humanas, como anteriormente (GUARESCHI, 2009). Esse novo *status* adquirido pela Psicologia, de um saber-fazer, demandado frente às necessidades de um sistema de saúde complexo e amplo, refletiram na urgência da formação de profissionais que tivessem uma preparação teórico-prática em consonância com as proposta do SUS. Como aponta Guareschi (2009, p.37):

[...] a partir da portaria interministerial n. 2.118, de 3 de novembro de 2005, dos Ministérios da Educação e da Saúde, que objetiva a formação de recursos humanos em Saúde coerentes com o Sistema Único de Saúde (SUS), com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) e com o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES), alguns cursos de Psicologia iniciaram uma organização curricular para atender a essa demanda.

A exteriorização e interiorização da atuação da/o psicóloga/o produziram novos encontros, principalmente para as/os profissionais que ingressaram no SUS. Como destaca Neto (2010), o primeiro desses encontros, que deslocou a Psicologia da prática clínica, se desenvolveu quando as/os psicólogas/os se depararam com uma nova clientela, oriunda das classes populares, historicamente afastadas do *setting* terapêutico tradicional.

Também de forma provocadora se deu o encontro das/os psicólogas/os no SUS com outros saberes/fazer, que possuíam uma trajetória de trabalho mais consolidada na saúde pública, e especialmente, na atenção básica, devendo estabelecer negociações e parcerias para a resolução das demandas de trabalho. Novamente, a alteridade induziu um deslocamento da atuação autônoma da/o psicóloga/o em seu saber para uma construção conjunta, de forma a exigir uma reorientação na formação dessas/es profissionais.

Pesquisa realizada em 2006 com psicólogas/os que atuavam no SUS, relatada por Neto (2010, p. 394) destaca as dificuldades que esses profissionais expressavam na realização de suas atividades, principalmente pela dificuldade de lidar com esses deslocamentos em seus saberes/fazer. Os dados colhidos indicavam “que 80% dos psicólogos entrevistados descrevem suas atividades como essencialmente de atendimento direto ao usuário [...]”. E destaca a dificuldade desses profissionais em identificar as tarefas demandadas pelo serviço público em saúde como pertencentes às atividades correspondentes a sua profissão. Expressam “como se não reconhecessem como trabalho o que não estivesse diretamente associado à sua imagem de psicoterapeutas”. (Ibid, p. 394).

Podemos concluir que a construção e consolidação do SUS, como modelo de assistência e cuidado em saúde pública, requereu uma transformação do saber/fazer das/os psicólogas/os que, atendendo as exigências do mercado nascente, se depararam com novos encontros e desafios para o seu exercício profissional. Acreditamos que o encontro da/o psicóloga/o com a atenção básica, sua inserção junto à ESF ou no NASF, expressa a potencialidade numa outra direção. Na criação de vínculos e práticas de

cuidado humanizadas visando à ampliação da autonomia das/os usuárias/os. “Nesse sentido, fazer Psicologia é deixar-se alterar pelo outro, é estar implicado naquilo que compõe as condições de existência. Pressupõe responsabilidade pela criação de estratégias para a produção de modos de vida.” (GUARESCHI, 2009, p.43)

5 UNIVERSIDADE E ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Corroborando o que foi apresentado anteriormente, a formação de profissionais capazes de atuar no SUS, principalmente na atenção básica, torna-se um elemento fundamental para a construção de novos caminhos que auxiliem na produção de respostas que ajudem a consolidar esse modelo de saúde.

A Universidade, especialmente as públicas, desempenha uma função elementar nesse processo, pois fomentando parcerias com as instituições competentes, se constitui como o *locus* de conhecimento capaz de potencializar a aproximação das/os alunas/os durante sua formação ao SUS.

As atividades de extensão universitária ocupam um lugar de destaque na promoção dessa aproximação, pois constituem, conforme disposto no Plano Nacional de Extensão Universitária ([2009] ou [2012], p.42) “um processo interdisciplinar, educativo, cultural, científico e político, por meio do qual se promove uma interação que transforma não apenas a Universidade, mas também os setores sociais com os quais ela interage”.

Considerando a atividade de extensão como articuladora entre sociedade e universidade, desenvolveu-se um projeto de extensão envolvendo a Universidade Federal do Rio Grande do Sul e a Unidade Básica de Saúde (UBS) Santa Cecília vinculada ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Como um dos principais objetivos dessa ação (TSCHIEDEL; MÜLLER; PESCE, 2014), buscou-se proporcionar um conhecimento mais amplo do funcionamento da rede de saúde pública e do SUS, tendo como base uma perspectiva interdisciplinar.

Devido a essa aproximação, proporcionada pela atividade de extensão, foi possível verificar pela inserção das/os estudantes de Psicologia junto às equipes multiprofissionais, como exposto anteriormente, a existência de uma demanda reprimida em saúde mental na atenção básica, tanto por parte das/os profissionais das equipes da ESF, como por parte das/os usuárias/os. Em decorrência disso, o projeto de

extensão possibilitou a abertura de estágios para as/os estudantes de Psicologia (TSCHIEDEL; MÜLLER; PESCE, 2014, p.64-65):

Além disso, no decorrer da sua construção, o projeto possibilitou a vinculação da ação de extensão com o serviço, o que foi realizado também por meio do credenciamento de estágios obrigatórios da psicologia. Com isso, buscamos articular, potencializar e integrar ensino, extensão e pesquisa, tanto no que concerne ao cuidado em saúde mental aos usuários na Atenção Primária/Básica, quanto à formação acadêmica, com a proposta de aprimorar o trabalho em conjunto, efetivando a parceria com a equipe da Unidade desenvolvendo atividades no território e intersetoriais.

É nesse cenário de integração proporcionado por esta parceria entre a universidade e o setor de saúde pública, que os relatos, a seguir, se incorporam a este trabalho. As experiências foram vivenciadas por um graduando em Psicologia através de dois anos realizando estágio na UBS Santa Cecília, primeiramente na ênfase de políticas públicas, seguindo com a ênfase de processos clínicos.

6 ENCONTROS

Os relatos a seguir pretendem expor/narrar algumas experiências de estágio como acadêmico de Psicologia nesse encontro com um serviço de atenção básica.

Conforme descrito no site da prefeitura de Porto Alegre², a Unidade Básica de Saúde Santa Cecília (UBS) atua pela associação, desde 2004, da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre/Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

A UBS Santa Cecília está composta por quatro equipes de ESF e quatro equipes expandidas de atenção primária à saúde. As equipes são formadas por: médicas/os de família e comunidade, pediatras, enfermeiras/os, nutricionistas, farmacêuticas/os, assistentes sociais, educadora física/o, técnica/o de enfermagem, auxiliar de enfermagem, auxiliar de farmácia e agentes comunitários de saúde.

Podemos observar que a/o psicóloga/o não compõe o quadro funcional da UBS. No entanto, o estágio de Psicologia se insere nesse espaço pelo fato da UBS Santa Cecília tratar-se de uma unidade-escola, o que possibilita a inserção de alunas/os de graduação das áreas de saúde, desde que supervisionados por professores da UFRGS, e também, de profissionais que estejam realizando a Residência Médica ou a Residência Multiprofissional em Saúde.

² Em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=8&p_secao=834>. Acesso em: 22 de maio 2018.

O relato não pretende ser apenas uma descrição de situações vivenciadas ou observadas durante o período de transcurso do estágio. Macedo e Dimenstein (2009, p154) propõem que a escrita acadêmica, também é uma escrita de si, sendo igualmente propícia para a execução de desvios, de experimentações:

Diante disso, propomos pensar o trabalho de escrita como a possibilidade de um exercício pelo qual nos experimentamos por diferentes modos no ato em que produzimos nossos textos. Exercício de liberdade, pois trata efetivamente de um movimento sobre nós mesmos, no sentido não só de produzir desvios diante dos formatos vigentes (muitas vezes sufocantes) que as estruturas da escrita acadêmica requerem para a produção dos nossos artigos ou dos nossos trabalhos monográficos, dissertativos e de tese, mas também liberdade de estilização da nossa própria existência.

Pretendemos assim realizar um exercício de escrita que expresse as transformações produzidas pelos encontros ocorridos nesse espaço-tempo chamado UBS Santa Cecília.

6.1 UMA PEQUENA GAVETA

Um grande corredor cheio de portas em ambos os lados, cada uma com seu número, pessoas indo e vindo apressadas trajando seus jalecos. No centro, um balcão central, com o telefone, computadores, papéis. Algumas pessoas passam e fazem um quase imperceptível cumprimento com a cabeça, que mal dá tempo de responder. Outros parecem nem dar-se conta da minha presença. Em meio a essa correria avistei pela primeira vez aquela gaveta no balcão. Nela, um papel colado com fita transparente, onde estava escrito: Psicologia.

Olhando para aquele lugar tão grande, com tantas salas de atendimento, acolhimento, reuniões, etc. Seria esse o lugar da Psicologia na UBS? Uma gaveta. Seria ela nossa única identificação? Onde atenderíamos? Como oferecer uma escuta qualificada nesse espaço tão movimentado? Como ser visto como um “profissional” psicólogo, quando estamos tão discretamente sinalizados? Que espaços poderíamos ocupar estando todos tão cheios? Desconstruir o psicólogo em mim seria necessário, mas o que me tornaria então?

6.2 ENCONTROS INESPERADOS

Uma das atividades desenvolvidas pelas/os estagiárias/os de Psicologia dentro da UBS Santa Cecília é a coordenação do Grupo de Apoio Emocional (GAE). O grupo possui caráter aberto à participação de toda e qualquer pessoa que compõe o território de abrangência da UBS e que esteja passando por algum sofrimento psíquico e/ou emocional.

Devido a esta característica o GAE acaba tendo uma grande variabilidade na sua composição, tanto em relação ao número de pessoas em cada encontro, quanto na adesão dos componentes a essa atividade terapêutica.

Os encontros ocorrem com uma frequência semanal, sempre no mesmo dia e horário. As temáticas desenvolvidas são determinadas pelas demandas mais urgentes das/os usuárias/os presentes, não havendo nenhuma pauta prévia. Um acordo de sigilo é renovado a cada encontro, principalmente com a chegada de um novo membro ao grupo, garantindo a liberdade e o respeito às declarações realizadas naquele ambiente.

Como única atividade programada das/os estagiárias/os de Psicologia, o GAE tornou-se uma referência de encaminhamento psicológico – ou do que seria considerada uma demanda “psi” – para os outros profissionais da unidade, já que não há nenhum tipo de acolhimento em saúde mental realizado diretamente na UBS Santa Cecília.

Em certo encontro, uma nova participante, chamada Margot³, foi encaminhada por uma das equipes de ESF da unidade. Foi um encontro atípico pelo número reduzido de participantes, fora a presença de Margot, apenas um integrante mais antigo se fez presente.

Após as apresentações e acordos iniciais, abrimos como de costume, o espaço para que as/os participantes trouxessem suas demandas. Margot, nitidamente agitada, tomou a palavra e começou a relatar a angustiante situação que estava vivendo. Fazia pouco tempo, havia perdido de forma traumática um de seus irmãos.

Entre falas e choros o grupo acolhe seu desespero, sua dificuldade de aceitação da perda e a culpa por não ter percebido o sofrimento do irmão. Expressa sua solidão e isolamento após o acontecido, pois não encontra acolhimento nos outros membros de sua família.

Encerrado o grupo, percebendo a urgência da situação, agendamos com Margot um atendimento individual, pois sentimos como necessário oferecer um espaço mais

³ Todos os nomes utilizados nesse relato de experiência são fictícios.

restrito e direcionado para as suas demandas, visto que o atendimento em grupo poderia não corresponder totalmente as suas expectativas naquele momento mais crítico.

No dia e hora marcados recebemos Margot na sala disponibilizada para atendimentos pela Psicologia na UBS. Uma sala compartilhada, semanalmente, com as/os profissionais da assistência social, nutrição e enfermagem.

Como esperado, Margot aproveita o espaço e expressa novamente de forma traumática a perda do irmão. Relaciona sua angústia atual com a vivenciada na morte de seu pai. Lembra do irmão falecido, da relação que mantinham e traz novamente as situações que estão lhe incomodando, principalmente, o conflito com outros familiares.

Após esse segundo encontro, o caso de Margot é levado para discussão com a supervisora dos estágios de Psicologia na UBS. Devido à gravidade da situação, decidimos encaminhar à sua equipe de ESF de referência e construir com eles uma estratégia de acolhimento, colocando-nos à disposição para manter o atendimento individual devido à vulnerabilidade emocional que a usuária apresentava.

O caso de Margot é discutido na reunião da equipe de ESF que decide encaminhá-lo para o matriciamento de saúde mental do NASF, que ocorria semanalmente na unidade, entendendo que ela deveria realizar psicoterapia.

A equipe também estabelece a necessidade de acompanhamento da usuária durante o período de espera por vaga no serviço especializado. No entanto, compreende que esse acompanhamento pode ser realizado pelas/os profissionais da própria equipe, sem necessidade de participação das/os estagiárias/os da Psicologia no atendimento individual, mantendo o vínculo da Psicologia pelo atendimento no GAE.

Dessa forma, a usuária seguiu participando do grupo, com apoio da Psicologia, e recebendo atendimento individual por parte de uma das residentes em enfermagem da equipe de ESF, até ser chamada para receber atendimento especializado, psicoterapia, no serviço de saúde mental de referência.

Transcorridos seis meses, sou convidado pela enfermeira a participar conjuntamente ao último atendimento individual de Margot. Também está presente um familiar com quem teve muitos conflitos desde a morte do irmão. Margot expressa sentir-se melhor e agradece o acolhimento que recebeu na UBS e o esforço da equipe. Emociona-se ao expressar a retomada da relação afetiva com o familiar presente, reconhecendo que a perda do irmão afetou a todos e reconhece a dificuldade que teve de entender como cada membro expressava essa perda.

Terminada a sessão, Margot emocionada, chorando, me abraça e agradece fervorosamente o acolhimento que recebeu no primeiro dia. Revela que se sentia perdida e desamparada, mas graças àquele encontro no GAE, descobriu um caminho para sua vida.

A dificuldade de permanência dos participantes no GAE poderia ser entendida como uma limitação da forma como o grupo foi organizado. No entanto, a sua permeabilidade, a liberdade de movimentos, facilitando a entrada de novos membros, possibilitou a aproximação de Margot e o estabelecimento de um forte vínculo dela com esse espaço.

O trabalho em grupo tem uma potência que a Psicologia pode ofertar para a atenção básica. Promovendo espaços de convívio, de trocas de experiências, do compartilhar o sofrimento, e assim, ressignificá-lo, possibilitando a geração de empatia com essas outras pessoas e suas histórias.

6.3 ENCONTRO MARCADO

Os encaminhamentos de usuárias/os para atendimento individual por profissionais das ESF também são uma das atividades programadas para as/o estagiárias/os de Psicologia. Os atendimentos não possuem o caráter de uma psicoterapia, pois seria necessário, nesse caso, uma intervenção de período prolongado. Além disso, acabaria interferindo no fluxo da rede de apoio em saúde mental, pois os casos com essa necessidade devem ser discutidos em matriciamento e encaminhados, na medida do possível, para os serviços especializados que, muitas vezes, devido à falta de profissionais e de estruturas adequadas, acaba impondo um período longo de espera para o acolhimento dessas/es usuárias/os.

Devido ao tempo limitado, o atendimento era denominado de “escuta terapêutica”, com o objetivo de dar suporte à pessoa enquanto aguardava o chamamento pelas equipes especializadas, ou quando a equipe de ESF acreditava que o caso não era tão grave e podia ser atendido na própria UBS, com o suporte da Psicologia.

O encaminhamento de Graziela por uma das médicas da ESF da UBS, após um atendimento ambulatorial, corresponde a um desses casos. Na consulta com a médica, a adolescente reclamou de insônia, irritabilidade e ansiedade em decorrência de alguns conflitos familiares. No entanto, a principal preocupação da profissional, e que motivou

o pedido de acompanhamento pela Psicologia, foi a utilização de substâncias psicoativas pela jovem.

O caso de Graziela foi discutido na reunião de apoio matricial do NASF, onde ficou definido o encaminhamento para o serviço de saúde mental da região que abrange o território da UBS Santa Cecília. No entanto, a equipe também achou necessário que a adolescente fosse acompanhada enquanto esperava ser chamada. Nesse contexto, começamos a realizar sua escuta.

Inicialmente, pactuamos com Graziela o caráter provisório do atendimento, com um número limitado de encontros, com o qual concordou expressamente. Apresentou-se trazida pela tia, visivelmente a contragosto, adotou uma atitude desafiante e resistente, sua fala era monossilábica e me encarava fixamente. Apesar da postura rígida ao longo de nossa conversa, demonstrou interesse em voltar para novos encontros.

No total foram realizadas sete sessões, ao longo das quais, a jovem relatou intensos conflitos familiares, principalmente com os pais. Expressou seu gosto por atividades artísticas, em especial o desenho e a música, expressando o desejo de tornar-se uma profissional futuramente. Relatou a angústia de tentar arranjar um trabalho, o envolvimento com o tráfico de drogas, expôs sonhos que teve enquanto dormia ou seu relacionamento com um garoto. No entanto, todas essas temáticas eram circundadas por aranhas que, segundo ela, começou a ver ainda quando era criança.

Para Graziela, as aranhas estavam em todos os lugares, no sofá de sua casa, sobre o edredom que usava para dormir ou mesmo na manga do meu casaco durante as sessões de escuta. Ela acreditava que essa visão das aranhas era um poder especial, um dom.

Não demonstrava medo ou insegurança com a presença delas, ao contrário, causavam-lhe graça. Eram formas indefiníveis, desfocadas, que fugiam ao seu olhar e que iriam dominar o mundo, dizia.

Graziela também escutava vozes, uma masculina e outra feminina. Elas eram muito parecidas com as de seus pais, porém mais jovens, dizia ela. As vozes elogiavam seu talento e decretavam sua predestinação para realizar grandes feitos no mundo. De certa forma, expressavam o desejo de incentivo e afeto que seus genitores não lhe transmitiam.

Durante o processo de escuta, Graziela foi chamada para iniciar o acompanhamento pelo serviço especializado. Conforme orientação em supervisão de estágio, levamos o caso para ser rediscutido com sua equipe de referência. Também

entramos em contato com a equipe especializada, sendo informados que ela iniciaria acompanhamento psiquiátrico e psicológico no serviço.

Dessa forma, decidimos junto com a equipe ESF encerrar a escuta terapêutica, apesar do vínculo criado, pois poderia ser prejudicial para a psicoterapia que iria iniciar, manter uma escuta paralela. Também, procuramos auxiliar no processo de transição entre os dois espaços até ela estabelecer um vínculo mais forte com o novo serviço.

No último encontro, a tia de Graziela nos alertou sobre seu desejo de seguir conosco e que estaria triste pelo fim da escuta. Havíamos progredido, especialmente, nas suas relações familiares, pois, apesar das confrontações, apresentava-se mais aberta ao diálogo com seus pais. As aranhas seguiam aparecendo, mas agora eram vultos menores, restos, como ela designou.

A tia que sempre a acompanhava até a UBS durante o tempo das sessões entregou uma carta de agradecimento, pelo empenho de toda a equipe, pois entendia que havíamos “salvado” a sua sobrinha. Seguimos, durante o primeiro mês, em contato com a equipe responsável pelo seu caso, tanto Graziela, quanto sua o tia, seguiam participando das consultas e atividades previstas e aparentemente estavam bem vinculados ao serviço.

A intervenção individualizada, seja na forma de uma clínica mais tradicional, seja na forma de uma psicoterapia breve, segue presente como ferramenta de trabalho da/o psicóloga/o na atenção básica. O desamparo, a melancolia, a angústia frente às dificuldades da vida, exigem, muitas vezes, a criação de um espaço onde a/o usuária/o possa sentir-se seguro e amparado para tocar questões difíceis e que lhe irão exigir empenho.

No caso de Graziela, encontramos uma brecha entre a consulta médica e sua inserção no serviço especializado em saúde mental. A escuta terapêutica se constituiu nesse, entre, e possibilitou o estabelecimento, inicial, de novas relações da jovem com sua família.

6.4. TERRITÓRIO DE ENCONTROS

Como forma de aproximar as/os estagiárias/os de Psicologia as/aos usuárias/os em seu território está prevista sua participação no Programa Saúde na Escola⁴ (PSE). O

⁴ O PSE foi instituído pelo presidente da República, por meio do Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b), no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, com a finalidade de contribuir para a

programa prevê o desenvolvimento de ações nas escolas do território de abrangência da UBS. As equipes de ESF, em colaboração e parceria com o corpo diretivo das escolas, constroem atividades para serem desenvolvidas junto as/aos professoras/es, alunas/os, pais e/ou responsáveis.

No início do ano letivo a equipe de ESF, ao qual estava vinculado, foi até uma das escolas de ensino fundamental do seu território com o objetivo de colher, junto às/os alunas/os, as temáticas que mais lhes agradariam trabalhar ao longo do semestre. No segundo semestre do ano anterior haviam sido realizadas oficinas com a temática da sexualidade na escola, com as turmas do sexto ao nono ano.

Para a realização dessa coleta de informação foi utilizada uma ferramenta chamada: caixa de perguntas. Nela, as/os alunas/os poderiam depositar de forma sigilosa um papel contendo, tanto as sugestões de temas que gostariam de ver, quanto as dúvidas sobre assuntos que não gostariam de expor em público.

A equipe de ESF com a colaboração de residentes e acadêmicos das diferentes áreas de conhecimento se dividiu em grupos que passaram entre as turmas colhendo os temas através do dispositivo da caixa. Terminada a coleta a equipe se reuniu para verificar os temas com maior demanda por parte das/os alunas/os.

Os principais pedidos foram relacionados a atividades que envolvessem esporte, nutrição, violência, mercado de trabalho e sexualidade. Essas temáticas foram, então, levadas à direção da escola para serem discutidas, verificando a urgência e a viabilidade de realização das atividades.

A direção demonstrou maior interesse no desenvolvimento de temas relacionados à temática da violência, pois percebia um aumento de atitudes agressivas entre as/os estudantes. Com base no levantamento realizado e na preocupação apresentada pela direção, a equipe de ESF decidiu realizar uma ação de promoção da cultura da paz, que englobasse o respeito às diferenças e a diversidade.

Tomou-se como base para construção da atividade uma oficina realizada no ano anterior, em outra escola do território da UBS, que abordava o *bullying* entre adolescentes. Também foram utilizadas na preparação da ação, cartilhas com propostas de atividades em grupo, músicas, vídeos, entre outras dicas. Terminado o período de elaboração da proposta, definiu-se a realização de uma atividade denominada Oficina de Relações Interpessoais.

A oficina foi programada para se desenvolver ao longo de três encontros com o objetivo principal de promover a cultura da paz. O projeto da oficina foi apresentado para o restante da equipe de ESF, e também, para a direção da escola, que aprovaram a proposta.

No primeiro encontro, conforme o plano elaborado, conversamos com as/os alunas/os sobre os diferentes tipos de relações que existem: de gênero, amorosas, sexuais, trabalho, escolar, familiar, amizade, etc. O segundo encontro envolvia uma dinâmica com o objetivo de mobilizar as/os alunas/os numa reflexão sobre os preconceitos, buscando estimular neles a empatia com suas/seus colegas.

No encerramento era realizada uma roda de conversa com as/os alunas/os para (des)construir o conceito de *bullying* e os tipos de violência que podem ser realizados para além do físico: verbal, psicológica, institucional, emocional, etc.

As turmas eram ecléticas em diversos aspectos desfavorecendo o estabelecimento das relações entre as/os estudantes. Observamos alunas/os de diferentes faixas etárias cursando o mesmo ano de ensino, estigmatizando alunas/os mais velhos que cursam turmas para faixas etárias menores. Fruto do modelo em seriação adotado pelo sistema educacional.

Também se destacava a presença de mães e pais adolescentes que precisam conciliar sua educação formal com as tarefas de cuidadoras/es e responsáveis por seus filhas/os, enquanto outros alunas/os, ainda, mantêm um comportamento mais infantil. Essa complexidade na composição das turmas reflete as dificuldades da comunidade na qual a escola está inserida, e expõe os desafios de trabalhar nesse espaço como nos propúnhamos.

As oficinas nos proporcionaram verificar que a violência que se manifestava no ambiente escolar, nas relações entre as/os alunas/os, ou das/os alunas/os com as/os professoras/es, era reflexo da violência com que aquelas crianças/adolescentes/jovens conviviam, para além dos muros da escola. Em suas famílias, na comunidade ou na relação com o Estado e suas instituições, incluindo a própria escola, que muitas vezes, reproduzem preconceitos e estigmas sociais.

Considerando as dificuldades encontradas, o vínculo criado na escola também nos possibilitou conhecer os objetivos e propósitos de vida das/os estudantes. No primeiro encontro da oficina, iniciamos nos apresentando, e em seguida, pedíamos para que cada um deles se apresentasse. Espontaneamente, disseram seus nomes, idades, e também, que profissões pensavam em seguir, demonstrando assim, seus sonhos e

gostos. Não por acaso, um dos temas demandados na caixa de perguntas era sobre mercado de trabalho.

Apesar da construção em grupo da atividade, verificou-se ao longo do trabalho realizado uma postura da equipe de ESF, ou mesmo dos outros acadêmicos, de depositar sobre a Psicologia um saber superior por estarmos trabalhando questões que envolvem relações humanas e/ou comportamento.

As atividades no PSE possibilitaram uma aproximação com o território, não só de maneira física, mas principalmente, afetiva, na medida em que nos colocou em contato com as histórias daquelas crianças/adolescentes e de suas famílias. Conhecer o território não significa apenas entender a distribuição geográfica de seus habitantes, seus endereços. É importante compreender as subjetividades produzidas nesse espaço e como elas se relacionam.

7 REENCONTROS

O campo da saúde no Brasil se estruturou de forma a contemplar as políticas públicas, construindo um modelo de atendimento e assistência abrangente, descentralizado e gratuito, destinado a dar suporte às demandas em saúde da população, como proposto pelo SUS.

A inserção da Psicologia nesse modelo, como um campo de saber da área da saúde, impõe as/os profissionais psicólogas/os a tomada de um posicionamento ético-político, pois em sua trajetória, a Psicologia se constituiu como um saber muito mais voltado à atuação clínica privada. “Assim, muitos parecem compreender que essa é a principal, senão a única, forma de atender aos preceitos da profissão.” (CINTRA; BERNARDO, 2017, p.885).

A atenção básica, principal porta de acesso das/os usuárias/os ao SUS, estabelece demandas as/aos profissionais que trabalham nesse nível de atenção em saúde, que exigem transformações no fazer dessas/es profissionais.

A experiência de estágio se constitui um processo transformador. Principalmente se consideramos essa etapa como uma aproximação ao exercício profissional, um treinamento, por assim dizer. O estágio na UBS Santa Cecília se mostrou um espaço muito rico por propiciar nessas experiências do estar, como psicólogo, na atenção básica, vivenciando as contradições que essas transformações provocam.

A saúde mental, embora com suas particularidades, apresenta-se como uma das demandas mais importantes das/os usuárias/os do SUS. As/Os profissionais da atenção básica precisam estar preparados e dispostos a acolher essas demandas.

A participação da Psicologia não deve estar orientada no sentido de adotar uma postura de saber especializado, restringindo a atuação de outros profissionais, e sim, auxiliar as/os distintas/os profissionais das equipes de ESF a desempenhar um papel ativo no cuidado das/os usuárias/os que demandam apoio em saúde mental.

No relato do caso de Margot, procuramos demonstrar a importância do trabalho da/o psicóloga/o junto à equipe multiprofissional, ou seja, a equipe de ESF. O entrelaçamento dos diferentes saberes dando suporte a uma pessoa em crise, afetada por uma perda/trauma intensa.

A atitude da equipe de ESF da UBS Santa Cecília, de acompanhar Margot com uma escuta individual, realizada por uma enfermeira, mantendo a usuária em contato com a psicologia através do GAE, poderia ser interpretada como uma desconsideração ao saber psicológico por parte da equipe. No entanto, consideramos que a equipe demonstrou o empoderamento do caso, acolhimento da usuária e articulação com a rede, pois essa ação foi tomada somente até a usuária ser chamada para psicoterapia no serviço especializado.

Não devemos considerar a escuta clínica como algo nefasto, ao contrário, o relato do caso de Graziela exemplifica uma atuação terapêutica importante da Psicologia na UBS. Desde que, como destacam Cintra e Bernardo (2017), não reproduza uma lógica privatista e individualizante.

O *setting* terapêutico clássico, da sala reservada, de esperar o tempo do paciente na terapia, pagamento, precisa ser problematizado na atenção básica. As “limitações” de tempo e espaço podem ser superadas sem prejudicar a criação de vínculo, elaboração, projeção, transferência e contratransferência. Mesmo que breves todos esses processos podem desenvolver-se dando suporte as/os usuárias/os em seu sofrimento.

O caso de Graziela também demonstra que a Psicologia na atenção básica pode desempenhar um papel de elo com o serviço especializado, auxiliando a equipe de ESF no acolhimento da/o usuária/o, encaminhando e acompanhando-a/o quando necessário.

Devemos observar no relato de Graziela, que sintomas como: delírios visuais e/ou auditivos, o uso de psicofármacos, entre outros, são culturalmente associados à figura estigmatizada do louco. A maioria das/os profissionais de saúde se julga incapaz

de atender a essas/es usuárias/os adequadamente. De forma que tendem, quando recebem essas demandas, a realizarem encaminhamentos como forma de resolução.

A Psicologia pode atuar para desmistificar esse olhar estigmatizado, convocando a equipe a estar presente através das discussões de caso, com atualizações da situação do usuário, objetivando mostrar que o sofrimento psíquico constitui os sujeitos, faz parte da vida das pessoas, não caracterizando uma anormalidade do ser.

Escutar, atender, discutir com as/os usuárias/os o seu plano terapêutico, conseguir suporte familiar, encaminhar para serviços especializados quando necessário. Todas são ações que a/o psicóloga/o na atenção básica pode realizar para a promoção da saúde mental da população. O compartilhamento por esse cuidado com a equipe de ESF, exemplificado no caso de Graziela, foi fundamental para a promoção da qualidade de vida da usuária e de suas relações familiares.

A importância do território e como o saber “psi” pode ser agenciado nas relações de trabalho na atenção básica foi o que se procurou discutir com o último caso. O engajamento, por parte da Psicologia, nas diversas atividades que a ESF procura desenvolver, demonstra uma das formas de fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional.

O território configura um espaço importante para compreender os processos de vida e de saúde das/os usuárias/os. Ações realizadas fora da delimitação física da unidade de saúde, nas associações de bairro, clube de mães, cooperativas de trabalhadores, escolas, etc. Todas, conforme Cintra e Bernardo (2017, p.889), configuram “uma atuação profunda e comprometida de acordo com as características e necessidades da comunidade”.

Como apontamos no relato das oficinas do PSE, as atividades fora da unidade de saúde criam oportunidades de conhecer as pessoas para além dos prontuários e seus diagnósticos, criando vínculos, e assim, estabelecer relações mais próximas com as/os alunas/os e seus familiares, conhecer suas histórias de vida e seus desejos.

Consideramos, conforme as diretrizes do NASF (BRASIL, 2010) a clínica ampliada como um conceito fundamental para articular o saber-fazer do psicólogo junto à comunidade, no espaço do usuário, rompendo com a relação médico-paciente hierarquizada do consultório.

Da mesma forma, o movimento produzido pelas ações territoriais, como as oficinas do PSE, desloca a figura do profissional de saúde (CINTRA; BERNARDO,

2017) que se vê obrigado a abandonar a posição de anfitrião, que desempenha na unidade de saúde, para ocupar a de visitante ao território do usuário, contribuindo para a produção de um maior comprometimento das/os usuárias/os com sua saúde e, conseqüentemente, maior autonomia.

As demandas de saúde na atenção básica apresentam-se de forma complexa, ultrapassam as determinações do saber biomédico. Constituem problemas de ordem social, familiar, econômica, jurídica, escolar, entre outros. O acolhimento dessa/e usuária/o, fragilizado perante tantas dificuldades, necessita de uma compreensão de saúde que extrapole qualquer busca de verdades sobre o sujeito, que o ajude a construir novas formas de existir.

A Psicologia, conforme procuramos demonstrar através dos relatos acima descritos, conforma um campo de saber que pode ser agenciada para instituir verdades, controlar os corpos e comportamentos, ou seja, patologizar os sujeitos em sofrimento psíquico. No entanto, as/os psicólogas/os também possuem ferramentas que lhes possibilitam transpor esse saber-fazer automatizado, procurando olhar à atenção básica, como um campo de relações que nos afetam, e que, conseqüentemente, podemos afetar.

Os relatos apresentados dessa experiência de estágio na UBS Santa Cecília produziram profundas afetações em mim. De forma que hoje, quando penso na gaveta do corredor central da UBS, com a inscrição Psicologia em um papel preso por um adesivo transparente, me espanto com a grandiosidade de um espaço tão pequenino, capaz de guardar inúmeras histórias e recordações.

REFERÊNCIAS:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 set. 2017. Seção 1, p.68.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Grupo Hospitalar Conceição RIS/GHC: 10 anos fazendo & pensando em atenção integral à saúde**. Porto Alegre, RS, 2014. 347 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, DF, 2014, v.1. 116 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília, DF, 2010. 152 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília, DF, 2009. 96 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica, n. 24)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasília, DF, 2006. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília, DF, 2005. 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Assistência à Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro**. Brasília, DF, 2002.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Mental e atenção primária: apoio matricial e núcleo de apoio à saúde da família. In: NUNES, M.; LANDIN, F. L. P. (Org.). **Saúde mental na atenção básica: política e cotidiano**. Salvador: EDUFBA, 2016. p.29-46.

CINTRA, M. S.; BERNARDO, M. H. Atuação do Psicólogo na Atenção Básica do SUS e a Psicologia Social. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.37, n.4, p.883-896, 2017.

DIMENSTEIN, M.; LIMA, A. I. ; MACEDO, J. P. Integralidade em saúde Mental: coordenação e continuidade. In: PAULON, S.; NEVES, R. (Org.) **Saúde mental na atenção básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre, Sulina, 2013. p.39-60.

DIMENSTEIN, M. et al. Demanda em Saúde Mental em Unidade de Saúde da Família. **Mental**, Barbacena, v.3, n.5, p.23-42, 2005.

DIMENSTEIN, M. A Reorientação da Atenção em Saúde Mental: Sobre a Qualidade e Humanização da Assistência. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.24, n.4, p.112-117, 2004.

FÓRUM DE PRÓ-REITORES DE EXTENSÃO DAS INSTITUIÇÕES PÚBLICAS DE EDUCAÇÃO SUPERIOR BRASILEIRAS, 26. 2009. **Política Nacional de Extensão Universitária**. Porto Alegre: UFRGS, 2012. 74 p.

GUARESCHI, N. M. F. et al. A formação em Psicologia e o profissional da Saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 61, n. 3, 2009.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Modos de Inserção dos Psicólogos na Saúde Mental e suas Implicações no Comprometimento com a Reforma Psiquiátrica? **Revista Mal-estar e Subjetividade**, Fortaleza, v.12, n.12, p. 419-456, 2012.

MACEDO, J. P.; DIMENSTEIN, M. Escrita acadêmica e escrita de si: experienciando desvios. **Mental**, Barbacena, v.7, n.12, p. 153-166, 2009.

NETO, J. L. F. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v.30, n.2, p. 390-403, 2010.

NUNES, M.; TORRENTÉ, M.; LANDIM, F. L. P. Saúde mental e atenção primária: transvetores de articulação. In: _____ **Saúde mental na atenção básica**: política e cotidiano. Salvador: EDUFBA, 2016. p.123-142.

PENIDO, C. M. F. Apoio Matricial em saúde mental no contexto da saúde coletiva. In: PAULON, S.; NEVES, R. (Org.) **Saúde mental na atenção básica**: a territorialização do cuidado. Porto Alegre, Sulina, 2013. p.17-38.

SAINT-EXUPÉRY, A. de. **O pequeno príncipe**. Tradução de Dom Marcos Barbosa. 48. ed. Rio de Janeiro: Agir, 2009. 93 p.

TSCHIEDEL, R. G.; MÜLLER, T. L.; PESCE, L. R. Saúde mental e integralidade na atenção básica: vivências micropolíticas na graduação. **Revista da Extensão**, Porto Alegre, UFRGS, n. 9, p. 63-65. 2014.

UNIDADE BÁSICA de saúde Santa Cecília. **Prefeitura Municipal de Porto Alegre**. Disponível em:

<http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?reg=8&p_secao=834>. Acesso em: 22 de maio 2018.