



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

**DIMENSÕES PÚBLICAS EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO  
MUNICÍPIO DE VIANA-ES.**

**MATHEUS SOAVE DE ALMEIDA**

**VITÓRIA (ES)  
2022**

MATHEUS SOAVE DE ALMEIDA

**DIMENSÕES PÚBLICAS EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO  
MUNICÍPIO DE VIANA-ES.**

Dissertação de Mestrado apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Institucional.

Orientador: Profº. Dr. Fabio Hebert da Silva

VITÓRIA (ES)

2022

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

---

A447d Almeida, Matheus Soave de, 1993-  
DIMENSÕES PÚBLICAS EM POLÍTICAS DE SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VIANA-ES / Matheus Soave de Almeida. - 2022.  
96 f.

Orientador: Fabio Hebert da Silva.  
Dissertação (Mestrado em Psicologia Institucional) - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais.

1. Produção de subjetividade. 2. Organização do trabalho. 3. Saúde Mental. 4. Atenção Básica. 5. Reforma Psiquiátrica. I. Silva, Fabio Hebert da. II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Humanas e Naturais. III. Título.

CDU: 159.9

---

# FOLHA DE APROVAÇÃO

## AGRADECIMENTOS

Talvez este seja o trecho que mais aguardava por escrever. Porque é nele que tantos amigos comparecerão com suas forças para que este tempo de trabalho dedicado à pesquisa pudesse ser aproveitado com felicidade. E me é preciso acreditar na pesquisa enquanto um ato de felicidade.

Agradeço ao meu primeiro orientador, Professor Adriano Pereira Jardim. Foi com você que fui iniciado na pesquisa com os Candomblés e Umbandas do Espírito Santo. Agradeço à companhia e humildade sempre vivas em você, por ter acreditado em mim tantas vezes e pela generosidade de ter aceitado uma troca de projeto de mestrado quando me orientava.

Agradeço à minha mãe, Analice, por tudo que tem feito para que pudéssemos estudar. Agradeço aos meus irmãos que são pilares para uma vida mais feliz, mais divertida e acolhedora. Eu tive sorte por ter nascido junto com o melhor irmão que alguém pode ter: Obrigado por compartilhar essa vida, Maycon. Ao meu irmão mais velho: Obrigado por tanto ensinar, por tanta dedicação e pelo cuidado, Calimério. Sem vocês, eu não estaria aqui.

À Bruna Pôrto Rangel, minha namorada, que está presente em todas alegrias e tristezas e por ter compartilhado todos os momentos dessa jornada.

Às amigas e amigos que estiveram nos campos de trabalho comigo. Em especial à Joyce dos Reis Machado, minha amiga da graduação, do trabalho e na vida.

Ao PPGPSI por ter embarcado nas minhas aventuras e pelo apoio em momentos tão difíceis.

E ao Fábio, que foi mais que um orientador, por ter sido um companheiro de pesquisa. Você foi capaz de produzir tempo e calma quando eu achei que não conseguiria. Muito obrigado! Talvez, se muitos orientadores fizessem como você fez neste trajeto, seria fácil para mestrandos acreditarem, assim como eu, na pesquisa enquanto um ato de felicidade.

Obrigado a vocês. Sem vocês, eu não estaria aqui.



## RESUMO

Muitos são os modos de se organizarem serviços de saúde mental no SUS. Aqui, percorrem-se, através de histórias contadas a partir de experiências do trabalho real em saúde mental no município de Viana (ES) alguns modos de organização de serviços que compõem estratégias locais de produção de saúde mental frente ao cenário atual das políticas públicas de saúde mental. Algumas políticas públicas conectam-se a partir de dimensões públicas com a efetivação do cuidado em saúde mental nos serviços ou práticas profissionais de psicólogos. Analisam-se, junto de dimensões públicas das políticas de saúde mental, processos de subjetivação que, tanto funcionam como motores de produção de modos de organização, quanto são também produzidos em modos de organização de serviços de saúde mental. Argumenta-se, então, que, para que ocorram mudanças em formas de se organizar, é necessária alteração das forças que constroem essas formas. Aposta-se na efetivação de práticas balizadas pela Reforma Psiquiátrica e sua intrínseca relação com a Atenção Básica como um caminho profícuo de construção de recursos de cuidado em saúde mental.

**PALAVRAS-CHAVE:** Produção de subjetividade. Organização do trabalho. Saúde Mental. Atenção Básica. Reforma psiquiátrica.

## **ABSTRACT**

There are many ways to organize mental health services in the SUS. Here, through stories told from experiences of real work in mental health in the municipality of Viana (ES), some ways of organizing services that make up local strategies for the production of mental health in the face of the current scenario of public policies of mental health. Some public policies are connected from public dimensions with the effectiveness of mental health care in the services or professional practices of psychologists. Together with the public dimensions of mental health policies, processes of subjectivation are analysed, which both function as engines for the production of modes of organization, and are also produced in modes of organization of mental health services. It is argued, then, that for changes to occur in ways of organizing, it is necessary to change the forces that build these forms. We bet on the implementation of practices guided by the Psychiatric Reform and its intrinsic relationship with Basic Attention as a fruitful way of building mental health care resources.

**KEYWORDS:** Production of subjectivity. Work organization. Mental health. Basic Attention. Psychiatric Reform.

## LISTA DE ABREVIATURAS

- AB — Atenção Básica
- ABRASCO — Associação Brasileira de Saúde Coletiva
- ACS — Agente Comunitário de Saúde
- CAPS — Centro de Atenção Psicossocial
- CEBES — Centro Brasileiro de Estudos em Saúde
- CRAS — Centro de Referência de Assistência Social
- CREAS — Centro de Referência Especializada da Assistência Social
- CT — Comunidade Terapêutica
- DS — Distritos Sanitários
- EC-99 — Emenda Constitucional
- ECT — Eletroconvulsoterapia
- eSF — equipe Saúde da Família
- ESF — Estratégia Saúde da Família
- HEAC — Hospital Estadual de Atenção Clínica
- HIMABA — Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves
- IAPI — Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários
- IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- NASF — Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NOAS — Norma Operacional da Assistência à Saúde
- NOB-96 — Norma Operacional Básica de 1996
- PAB — Piso da Atenção Básica
- PACS — Programa Agentes Comunitários de Saúde
- PNAB — Política Nacional da Atenção Básica
- PNSM — Política Nacional de Saúde Mental
- PPGPSI — Programa de Pós-graduação em Psicologia Institucional
- PSF — Programa de Saúde da Família
- RAPS — Rede de Atenção Psicossocial
- RAS — Rede de Atenção à Saúde

RMGV — Região Metropolitana da Grande Vitória

SILOS — Sistemas Locais de Saúde

SUS — Sistema Único de Saúde

UBS — Unidade Básica de Saúde

UFES — Universidade Federal do Espírito Santo

US — Unidade de Saúde

USF — Unidade de Saúde da Família

VD — Visita domiciliar

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| 1 BORDAS DO PROBLEMA.....  | 8  |
| 2 PERCURSOS METODOLÓGICOS.....   | 15 |
| 3 QUE LUGAR É ESTE LUGAR DE ONDE SE FALA: .....  | 22 |
| 4 QUEM ESCREVE/FALA:.....  | 24 |
| 5 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....  | 26 |
| 6 REFORMA SANITÁRIA.....   | 28 |
| Vamos, mude! Faça logo algo!.....  | 31 |
| 7 REFORMA PSIQUIÁTRICA .....   | 35 |
| Que rede? .....  | 37 |
| 8 A UNIVERSALIDADE, A EQUIDADE E A INTEGRALIDADE .....   | 40 |
| Hoje ela está menos trêmula.....   | 42 |
| 9 ATENÇÃO BÁSICA.....  | 45 |
| Há violências contra a mulher: por onde construir cuidado em rede?.....  | 48 |
| 10 DIMENSÃO TERRITORIAL DA ATENÇÃO BÁSICA .....  | 54 |
| Sobre o que (ou no que) apostar .....  | 61 |
| 11 SOBRE O TRABALHO DE PSICOLOGIA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA.....   | 66 |
| É Setembro Amarelo. Por que há um Psicólogo mal-humorado na Unidade de Saúde? .....                                    | 70 |
| 12 EXPERIÊNCIA DO TRABALHO EM PSICOLOGIA NA SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VIANA.....                                    | 75 |
| 13 OUTRA MANEIRA DE SE ORGANIZAR, OUTROS EFEITOS A ANALISAR .....  | 79 |
| Dimensões públicas: financiamento, gestão e organização do trabalho são modos de produzir cuidado em saúde mental..... | 82 |
| 14 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....  | 88 |
| 15 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....  | 91 |

## 1 BORDAS DO PROBLEMA

Contar as histórias de um processo de pesquisas: esse é um fundamento da trajetória que aqui será desenvolvida — escrever as curvas, as linhas, os obstáculos, os cuidados, os acúmulos, as alternâncias de momentos atravessados por uma pandemia de um vírus desconhecido que modificou nossas vidas.

Não estava pensando em pesquisar no campo da saúde mental, da Atenção Básica (AB), do SUS e das políticas públicas (ou as dimensões públicas de políticas de saúde mental) na minha entrada no Programa de Pós Graduação em Psicologia Institucional da Universidade Federal do Espírito Santo (PPGPI/UFES). Porém, este é um trabalho que se fez possível e potente, por conta da dimensão de imprevisibilidade da própria vida.

Minha entrada no PPGPI/UFES foi com um projeto em torno da produção de subjetividades em terreiros de Candomblé, nas memórias coletivizadas que mantêm os ritos de pais, mães, filhos e filhas de santo ativos e reatualizados na história entre uma vida atravessada pelos fluxos de conhecimentos e modos de se relacionar nos terreiros (entre humanos, divindades, folhas, animais, ancestrais etc.) e uma vida marcada pelas ações hegemônicas/capitalísticas (as relações de tempo de trabalho formal, subjetividades individualizantes, relações sociais de consumo etc).

Os mais velhos seriam as fontes principais de contato direto para construir esta pesquisa. Era início de 2020 e a pandemia de Covid-19 forçou-nos ao isolamento, à insegurança e ao medo. Nesse cenário, não conseguia me ver tecendo conversas com estes pais e estas mães de santo (muitas vezes idosos e idosas), estabelecendo vínculos com os terreiros e as pessoas que frequentam essas casas sagradas, sabendo que haveria algo de muito perigoso nesse jogo de forças.

Trazia essas preocupações com a saúde dos participantes de uma pesquisa ao meu orientador naquele momento. Preocupações que, assumo, eram, naquele momento, como paralisadoras. Aprendi, durante algum tempo frequentando Candomblés, que o cuidado nessas tradições é feito no terreiro: no contato com

os Orixás e *N'kisis*, nos banhos, nas conversas coletivas entre frequentadores das casas, nas obrigações com a casa, com a terra, com as folhas, com a presença diária e o contato entre pessoas vivas e ancestrais.

Ao final de 2020, fui chamado para assumir um cargo de psicólogo pela Prefeitura Municipal de Viana — município em que sempre morei —. Concordamos (orientador e PPGPSI) com uma alteração de projeto de pesquisa para esse novo campo de trabalho que se abria, para podermos dar continuidade a uma pesquisa viável em um campo de pesquisa diário que não poria em risco outras pessoas. Desafio aceito pelo PPGPSI e por mim: teria, agora, pouco mais de um ano, para iniciar e finalizar esta pesquisa que aqui apresento: essas histórias que conto, entre tropeços, riscos, rabiscos, vínculos, cuidado, amizades e desafios. Ainda vivemos uma pandemia em muitos momentos negligenciada por agentes políticos.

Em dezembro de 2020, então, sou convocado, por meio de um Processo Seletivo do município de Viana, para trabalhar como psicólogo. Descubro que trabalharei em uma Unidade Básica de Saúde (UBS). O trabalho consiste, em sua maior parte, em fazer atendimentos clínicos individuais. Levando em consideração as limitações impostas pela pandemia do novo Coronavírus, diminuiu-se drasticamente a capacidade de compor grupos terapêuticos nas Unidades de Saúde, bem como não é muito indicada a participação de mais um profissional em Visitas Domiciliares (VD) — porém, a bem da verdade, isso passa a aparecer um tanto irrelevante como proposta de trabalho de psicólogo nesse espaço, uma vez que, ao sugerir tal possibilidade em algumas conversas com integrantes da UBS, fui desencorajado ou a ideia foi vista como uma proposta “muito complicada” (como fosse um erro meu cogitar fazer VD): “Você não recebe o suficiente para isso.”; “Se você fizer isso, seu consultório ficará cheio de gente”; “Se você fizer isso, vão querer que faça sempre”; “Você terá que andar muito pelo bairro” etc. Essas ponderações já indicam processos da organização do trabalho que se manifestam na equipe e das condições do que sustenta o trabalho sob dimensões públicas nas políticas de saúde mental no município.

Com essas ponderações e pelas experiências do trabalho com suas questões e contradições, compõe-se um campo problemático que é percorrido por inúmeras dimensões da atenção à saúde mental.

Um desenho desse campo problemático é esboçado com tensionamentos no âmbito das políticas de saúde e do trabalho em psicologia em articulação no município (nesse momento, optou-se por alocar profissionais de psicologia nas Unidades Básicas de Saúde). Em outra parte desse desenho, está o trabalho centralizado no consultório, na clínica em psicologia, no atendimento individual, principalmente durante as urgências epidemiológicas da Covid-19. Essas práticas de cuidado dão-se por uma dada noção, além de estratégias, de escolhas e de uma organização dos serviços no município, que produzem efeitos para o cuidado integralizado, equânime e universalizado para a produção de saúde mental e sua promoção. Que efeitos podem ser analisados em termos de cuidado, acolhimento e dimensões públicas de políticas de saúde mental? Como analisar esse campo problemático, seus efeitos e suas dimensões públicas de políticas de saúde?

Esse desenho, não sendo elaborado por uma só pessoa, pede para que se diga em que área do quadro encontram-se as equipes, os equipamentos, os movimentos de uma rede de atenção à saúde. A figura “equipamento” é aqui sugerida como lugar onde há (ou deveria haver) uma equipe em movimento para outras equipes, não como um prédio fixado num ponto do espaço. Se existem esses movimentos, visualizaremos fluxos de uma política de saúde mental no município. Que política seria essa? Se há, como ela se articula com a Atenção Básica e com o restante de uma possível rede?

Essas perguntas fazem parte deste campo problemático que será construído com o texto. Surgem, diante disso, apreensões de fragmentações e desarticulações que conduzem as práticas de saúde para dimensões individualizantes as quais colocam profissionais de saúde isolados em organizações do trabalho que dificultam a produção de espaços de discussão e de estratégias coletivizadas do cuidado. Em outros termos, são formas de diminuir potenciais de produção de dimensões públicas de cuidado em políticas de saúde mental.

De certa forma, as possibilidades e a organização do trabalho no município parecem estar empurrando os psicólogos da Atenção Básica, pelo menos durante a pandemia, na direção do atendimento individual e fragmentado. Diante, então, dessa demanda, passo a realizar esses atendimentos à

população. Alguns critérios vêm sendo acordados entre a equipe de trabalhadores em psicologia da AB do município (estamos em cinco, atualmente): não há muitas condições materiais de atendimento às crianças muito novas (abaixo de sete anos), ou a pessoas com autismos, nem a pessoas com algum transtorno mental severo.

Então, não temos realizado atendimentos com essas pessoas. No entanto, o que mais se pode oferecer, a partir do município, nos serviços públicos para essas pessoas? Às crianças autistas: o encaminhamento e a orientação para os serviços de outras instituições é o que podemos oferecer? Às pessoas com algum transtorno severo: a reclusão, a individualização dos problemas, a internação compulsória em momentos de crises (e toda sorte de práticas manicomiais) é o que se pode oferecer? Nota-se que o município não possui serviços em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Tal ausência também se torna uma problemática: Quais os motivos da ausência de CAPS? Número de habitantes? Não há necessidade desse serviço? É competência do Estado subsidiar uma proposta dessa?

Sabemos que o número de habitantes não é um critério e que há a necessidade de construção de uma rede de atenção à saúde mental estruturada com Núcleo de Apoio à Saúde da Família para a organização de um CAPS, bem como um projeto com terrenos disponíveis, composição de Equipe Técnica, justificativa técnica para a implantação da unidade de saúde etc. (BRASIL, 2013).

Pensar as saídas dessa situação dá-se pela efetivação dos princípios do SUS — a universalização, a integralidade e a equidade do cuidado —, o que nos possibilita analisar de que maneiras estão se atualizam as dimensões públicas de políticas de saúde mental do SUS no município. Se entendemos que as políticas de saúde e o SUS têm se dado como um campo em jogo de forças entre políticas privatizantes, manicomiais, individualizantes, mercadológicas contra outras que se produzem em afirmações antimanicomiais, coletivas e em oposição à saúde enquanto mercadoria trocável (um recurso possível de compra e venda, suscetível às variações e especulações de mercado), precisamos investir atenção e construir práticas políticas e de cuidado (organizações do serviços em torno da ativação da Rede de Atenção Psicossocial, garantir o

funcionamento de políticas de saúde mental já instituídas) que efetivem os princípios do SUS e o caráter popular da construção desse sistema.

No trabalho em UBS, a perspectiva de rede de atenção em saúde mental é o que nos orienta a uma prática mais contextualizada e com destino à corresponsabilização entre trabalhadores de demais serviços. Partindo desse ponto, como está organizada essa rede no município? Quais são as relações intersetoriais presentes para melhor condução de casos que envolvem riscos à vida de usuários das UBS (por exemplo, mulheres vítimas de variadas violências, crianças vítimas de agressões por parte dos pais e outros casos possíveis)? É notável que construir uma rede que sustente o cuidado, dinamize fluxos de atendimentos e corresponsabilize as soluções não se faz de um dia para o outro, mas, se queremos atuar nessas condições, precisamos que os modos de trabalho carreguem-se de dimensões públicas nas políticas de saúde mental.

Essas dimensões públicas são ações que ampliam noções de cuidado e fazem com que as políticas públicas instituídas ganhem contornos, não apenas junto, mas para além do que já está prescrito por nelas.

Aqui, dimensões públicas são, então, estratégias de cuidado em saúde baseadas na efetivação dos princípios do SUS (universalidade, integralidade e equidade) que carregam aspectos de coletivização do processo de cuidado em saúde mental: alinhamento com orientações ético-políticas da Reforma Psiquiátrica: os direitos humanos, descentralização do hospital como único ou espaço privilegiado de cuidado para pessoas em sofrimento psíquico, produção de autonomia com os usuários dos serviços, protagonismo das equipes de saúde mental, participação dos usuários e familiares na construção de projetos de cuidado; constituição de uma rede que conecta equipamentos de saúde (UBS, CAPS, hospitais, Residências Terapêuticas, Centros de Convivências etc.) que sustente o cuidado em saúde mental; as organizações e condições de trabalho nos equipamentos de saúde: número de profissionais em relação à população atendida, aposta na cogestão e horizontalização das decisões de gestão dos equipamentos de saúde mental; a intersetorialidade como direção do cuidado em saúde mental; a existência de estratégias como o matriciamento, referência e contrarreferência, reuniões entre equipes dos serviços de saúde mental e de

outros setores; inseparabilidade entre gestão, financiamento do SUS e o cuidado em saúde mental.

Por dimensões públicas nas políticas de saúde mental, está sendo dito, por exemplo, a efetiva participação dos usuários na elaboração coletiva de seus projetos terapêuticos ou outros projetos de cuidado e na elaboração de novos métodos de se fazerem e de se efetivarem práticas em saúde. Com isso, estamos dizendo sobre espaços que incluam, de modo lateralizado e em rede, essas pessoas em seus processos de cuidado, não bastando uma organização do trabalho que se pautem na especialidade e na referência de saberes hegemônicos (saberes biomédicos e psicologizantes, por exemplo). Podemos também analisar sobre como instituir cuidado equânime a partir dessa lógica pública do cuidado porque as soluções passam a ser construídas em conjunto com usuários e a partir de suas necessidades reais de vida/saúde.

A perspectiva que pretendo explorar aqui é que, por mais importante que sejam as leis, as orientações, as regras, resoluções, portarias, os ofícios etc., quer sejam nacionais, estaduais ou municipais, ainda parece necessário construir alguns desses acordos. É preciso capilarizar tais debates e ações para que os profissionais, na ponta do serviço, consigam estar amparados e seguros para ações necessárias. Não basta construirmos novas políticas de saúde se não se alteram os modos como se organiza o trabalho. Investir em organização do trabalho em torno de equipes multidisciplinares é uma das formas de se avançar em dimensões públicas das políticas de saúde.

Um exemplo é o caso de atendimento às pessoas vítimas de violências domésticas em relação a elas decidirem ou não pela denúncia. Uma vez que as UBS estão relativamente próximas às pessoas atendidas das comunidades, quando nos deparamos com pessoas vítimas de alguma violência doméstica, também estes profissionais podem estar próximos territorialmente de quem efetuou tal violência. Se, em alguns casos, opta-se pelas denúncias internas (que partem do serviço), mesmo com recursos de sigilo para profissionais, há certo medo, por parte da equipe, em tomar essa decisão. Então, como proceder, uma vez que o medo não nos mune de ferramentas para uma condução que oportunize novos modos de vida mais digna para as pessoas em contexto de violência que atendemos? Por outro lado, também seria suficiente assumir que

uma denúncia — ou várias — dá conta do problema das violências? Também o acolhimento, a construção de vínculo, o empoderamento — o que quer seja que esteja em nossos discursos de produção de vidas mais dignas — são suficientes para superação dessas questões?

Essas questões recuperam práticas dos modos de como vem se organizando o trabalho em saúde e essas práticas produzem efeitos que, muitas vezes, desarticulam o cuidado, enquanto individualizam e direcionam a solução como responsabilidade exclusivamente das vítimas. Nessa perspectiva, desarticulados de um funcionamento transdisciplinar, em ausência de trabalhos em equipes (como estratégias do tipo matriciamento), as potencialidades de cuidado são restritas a ações de um único setor (o setor saúde — Atenção Básica —, no nosso caso) e isoladas em torno de um único profissional que recebe tal demanda.

A partir da discussão feita nos parágrafos anteriores, são estabelecidos como objetivos: investigar e analisar os efeitos das experiências de dimensões públicas das políticas em saúde mental no município de Viana/ES em relação aos princípios dos SUS com foco na Atenção Básica.

Além desses, analisar os efeitos para o trabalho em psicologia nesse contexto em relação às possibilidades e aos limites para o trabalho em uma clínica psicológica — ou que clínica é essa que se efetua nesse contexto de atenção à saúde — no campo da Atenção Básica e sua interseção como elemento de cuidado em saúde mental no município.

Se entendemos a psicologia funcionando dentro de uma equipe multiprofissional, propõe-se analisar a relação entre o psicólogo (que em tese faz parte dessa equipe) e como esse trabalho tem se desenvolvido, bem como analisar efeitos de como esses processos vêm se desenvolvendo na relação com certa organização de uma rede de cuidados do município, quais são os modos de organização desse trabalho e como a psicologia tem se organizado nessa rede.

Assim, de que modos vêm sendo efetivadas práticas que enunciam dimensões públicas de políticas de saúde mental no trabalho do psicólogo numa equipe que se pretende multiprofissional?

Também é importante analisar processos que produzem um “*corpo profissional*” em psicologia nesse contexto de trabalho em relação à organização dessa rede de atenção e de cuidados em saúde mental, a quais aprendizados efetivam-se nesse processo, a quais transformações produzem-se no percurso e a como a organização atual do trabalho produz certos fazeres profissionais.

Este é um trabalho que analisa, portanto, dimensões de produção da realidade, forças que enunciam formas do fazer em práticas de psicologia em organizações de serviços de saúde. Essas produções subjetivas, que estão para além (embora também juntas) das vontades individuais de pessoas, oferecem modos de se planejar, construir e compreender como um serviço de saúde funcionará, como uma política de saúde será efetivada em um território ou como profissionais trabalharão nesses arranjos que produzem o real. Nesse mesmo processo de produção do real, essas organizações também produzem modulações de produção de subjetividades que passam a orientar certos modos de saber e fazer.

## **2 PERCURSOS METODOLÓGICOS**

Para acessar as questões que atravessam o plano problemático deste trabalho, ou seja, as situações de trabalho em saúde mental e as dimensões de processualidade das políticas de saúde em Viana, Espírito Santo, compartilharemos com os leitores narrativas que expressam a complexidade do cotidiano de trabalho em saúde, com suas nuances e seus desdobramentos concretos, embora essas narrativas digam respeito às experiências do cotidiano, muitas vezes atravessadas em mim, mas não são somente minhas, uma vez que expressam dimensões desse jogo de forças que é o SUS e suas dinâmicas locais singulares. Daí, importa muito pouco ou nada se as narrativas possuem “fidedignidade” ou estatuto de “verdade”. O que importa, de fato, é a potência das narrativas em expressar essa dimensão processual do real. Os personagens que habitam esses textos podemos dizer, são personagens-conceituais. A isso consideramos ser um movimento metodológico cartográfico.

Os personagens-conceituais são, para Deleuze e Guattari (2010), agentes de enunciação de um plano de imanência. Esses personagens são potências de conceito, de modo que operam, em suas histórias, seu pensamento e o que é pensado pelo filósofo; é “[...] o devir ou o sujeito de uma filosofia, que vale para o filósofo” (p. 86).

Assim, são os personagens-conceituais que expõem os conceitos, que criam os conceitos trabalhados em um texto.

Os personagens conceituais são pensadores, unicamente pensadores, e seus traços personalíticos se juntam estreitamente aos traços diagramáticos do pensamento e aos traços intensivos dos conceitos. Tal ou tal personagem conceitual pensa em nós, e talvez não nos preexista (DELEUZE & GUATTARI, 2010, p. 92).

Nas narrativas apresentadas, são estes os personagens que vivem as histórias contadas, que pensam os conceitos e que operam tais planos de imanência nas trajetórias de organizações de serviços de saúde, de dimensões públicas de políticas de saúde e do cotidiano de trabalho que nos servem como fontes de conteúdo analítico.

Um exemplo a ser tomado como inspiração é do relato de caso de Ayres (2004) sobre Dona Violeta. Ayres (2013) traz a apresentação de uma “entrevista imaginária” com D. Violeta para analisar conceitualmente práticas de atenção à saúde.

Aqui, neste texto dissertativo, percorreremos “relatos-imaginados”, que são tomados por acontecimentos reais, mas que nunca acessaremos plenamente o acontecido, porém pode-se construir acesso aos leitores sobre acontecimentos do cotidiano de um contexto de trabalho em saúde e de pessoas que acessam alguns serviços em saúde mental, bem como podemos analisar conceitualmente algumas dessas práticas em saúde mental.

O termo “imaginado” não significa um evento menor, menos importante ou que não condiz com a realidade em um relato de pesquisa. Torna-se imaginado porque é construído pela potência de relatar algo real sem condensar a ele a exigência de comprovação científica, fidedignidade ou estatutos de verdades testáveis. Imaginar e relatar, já são eventos significativas do real e, portanto, permeados por potenciais de análises conceituais.

Estes relatos-imaginados são analisadores do campo problemático. É a partir dos acontecimentos do real que eles enunciam que o trabalho de pesquisa se propaga em análises conceituais e dos contextos vivenciados. Esta dimensão do acontecido — trata-se, portanto, de histórias que aconteceram — é acessada por esses relatos enquanto esforço imaginativo de quem conta essas histórias. Por isso, a utilização deste termo relato-imaginado, pois são acontecimentos que são relatados por uma força de imaginação do acontecido.

Tece-se, a partir do que é contado, uma política da narratividade (PASSOS; BENEVIDES, 2009) como estratégia de produzir acesso a um campo problemático e analítico do pesquisar, porque as narrativas apresentadas são formas de expressar esse campo. Esse acesso, aqui mediado pelas narrativas apresentadas ao longo do texto, é uma maneira de colocar em movimento cenários, acontecimentos, casos e conceitos que se deslocam no campo da saúde e da clínica em posicionamentos que são políticos<sup>1</sup> — e também teóricos — entre os sujeitos e objetos na pesquisa.

No trabalho da pesquisa e da clínica, de alguma forma, é sempre de narrativas que tratamos. Os dados coletados a partir de diferentes técnicas (entrevistas, questionários, grupos focais, observação participante) indicam maneiras de narrar — seja dos participantes ou sujeitos da pesquisa, seja do pesquisador ele mesmo — que apresentam os dados, sua análise e suas conclusões segundo certa posição narrativa. O que os pacientes dizem na situação de análise, o que os terapeutas levam para suas supervisões, o que os supervisores contam do que ouviram, tudo isso implica tomada de posição numa certa política da narratividade (PASSOS; BENEVIDES, 2009, p. 150).

Tal aposta metodológica dá-se no caminho, no percorrer e nos contornos que a realidade, sempre escapável de nossas mãos e percepções, apresenta. É necessário, então, que se possa negociar certa gama de imprevisibilidade que, no processo do pesquisar, os objetos, sujeitos e resultados da pesquisa possuem.

As transformações são os eventos de produção de conhecimento. Sendo assim, aponta-se a pesquisa-intervenção cartográfica como um caminho.

A cartografia como método de pesquisa-intervenção pressupõe uma orientação do trabalho do pesquisador que não se faz de modo prescritivo, por regras já prontas, nem com objetivos previamente estabelecidos. No entanto, não se trata de uma ação sem direção, já que a cartografia reverte o sentido tradicional de método sem abrir mão

---

<sup>1</sup> Em acordo com os autores, “política” diz respeito a tudo o que se refere à *pólis* — a cidade).

da orientação do percurso da pesquisa. O desafio é o de realizar uma reversão do sentido tradicional de método não mais um caminhar para alcançar metas prefixadas (metá-hódos), mas o primado do caminhar que traça, no percurso, suas metas. (PASSOS; BARROS, 2015, p. 17).

A partir desse pensar metodológico com a cartografia, dois pontos são de extrema relevância para a proposta de pesquisa apresentada neste projeto: 1) a inseparabilidade entre pesquisar e intervir; e 2) a inseparabilidade entre conhecer e fazer (PASSOS; BARROS, 2015). É nesse plano de produção inseparável que se articulam processos de saber.

Kastrup e Passos (2013) apontam a cartografia como metodologia que, não buscando um objeto de interesse escondido a ser mostrado, potencializa a criação de uma realidade a partir do conhecer. Faz aparecer, ao contrário, um plano coletivo, comum, que produz o conhecimento.

A pesquisa cartográfica faz aparecer o coletivo, que remete ao plano ontológico, enquanto experiência do comum e, dessa maneira, é sempre uma pesquisa-intervenção com direção participativa e inclusiva, pois potencializa saberes até então excluídos, garante a legitimidade e a importância da perspectiva do objeto e seu poder de recalcitrância. O plano comum que se traça na pesquisa cartográfica não pode, de modo algum, ser entendido como homogeneidade ou abrandamento das diferenças entre os participantes da investigação (sujeitos e coisas) (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 266).

Esse aspecto elucida a característica permanente de direção da cartografia à construção coletiva do conhecimento e, ao mesmo tempo, insere-a como pesquisa-intervenção:

A cartografia é pesquisa-intervenção participativa porque não mantém a relação de oposição entre pesquisador e pesquisado tomados como realidades previamente dadas, mas desmancha esses polos para assegurar sua relação de coprodução ou co-emergência (KASTRUP; PASSOS, 2013, p. 270-271).

Segue-se nessa perspectiva para apontar (talvez) de maneira mais objetiva algumas ações que podem ser interessantes no acesso a conteúdos relevantes para análises dos processos na pesquisa. Com isso, tem-se a possibilidade de produzir analisadores que emergem no campo de pesquisa.

É importante enfatizar que os analistas institucionais na prática técnica, ao nível de produção de analisadores construídos, se valem de todo e qualquer recurso, seja de tipo artístico, cenográfico, dramático, procedimentos de tipo ativista, político, montagens de tipo propriamente científico, experimental, lógico, sociológico, antropológico e manobras do tipo “convivência prolongada”, em que o analisador institucional passa a fazer parte orgânica do conjunto que vai estudar, produzindo assim um artefato próximo a vida cotidiana (BAREMBLITT, 2002, p. 65).

Uma definição de analisador é compartilhada da seguinte maneira:

São fenômenos conflitivos, são vivências sofridas, são acontecimentos mais ou menos explosivos, são lugares de atrito que estouram nas organizações devido ao fato de elas estarem destinadas a um trabalho que produza não apenas um produto cujo resultado não seja planejado e reassumido por aqueles que o produzem, mas também uma série de relações humanas distorcidas, monstruosas, que geram essa experiência de impotência. Então, essas contradições vão estourar em fenômenos como o do absenteísmo, como o da diminuição da produção, incidência do alcoolismo, da tóxica dependência, de acidentes de trabalho, conflitos, brigas, incomunicabilidade, rebeldia e revolta estéril, arbitrariedades que as classes dominantes da organização costumavam, e ainda costumam, solucionar drasticamente, com medidas disciplinares; tudo isso as classes institucionais dominadas podem também tentar solucionar com certo tipo de respostas individualistas, desordenadas ou autodestrutivas (BAREMBLITT, 2002, p. 81-82).

Os analisadores podem ser de variadas dimensões as quais o produzem e podem se apresentar sobre conteúdos absolutamente heterogêneos. Podem ser os arquivos, estatutos, resoluções, regras expressas que normatizam certas práticas profissionais; podem ser aspectos das relações que produzem conflitos ou amortecem esses conflitos como forma de escondê-los, podem ser costumes, podem ser de fontes artísticas, políticas, esportivas, emocionais, afetivas, organizativas, arquitetônicas, discursivas, temporais, espaciais etc. Podem estar, então, tanto nas dimensões faladas das relações institucionais, quanto nas expressões escritas, nas expressões sociais, nas características físicas dos locais (BAREMBLITT, 2002).

De todo modo, em suas inúmeras formas de serem possíveis, quaisquer desses analisadores são capazes de se autoanalisar. “Ele mesmo contém os elementos para se auto-entender, ou seja, para começar o processo de seu próprio esclarecimento” (BAREMBLITT, 2002, p. 63). Nas palavras do autor, os analisadores não precisam ser analisados “de fora”, mas precisam ser criadas condições para que se dê essa autoanálise.

O mesmo autor aponta dois tipos de analisadores que os analistas institucionais utilizam para suas análises ou intervenções: os analisadores históricos e os analisadores construídos.

Os primeiros, também são chamados analisadores “naturais” ou “espontâneos”. No entanto, para o autor, esses termos não os definem bem, pois analisadores naturais são vulcões, terremotos, maremotos etc. e os analistas institucionais

não os explicam, pelo menos não em seus aspectos geológicos, físicos, químicos; e “espontâneos” também não é um bom termo para definir esses analisadores, porque “espontâneos” todos os analisadores são. Pode-se entender que esses analisadores são aqueles produzidos pelos efeitos da vida, pela imprevisibilidade dos acontecimentos, pelas contradições sociais, pelos movimentos históricos que nos antecedem, ou seja, são analisadores que não são criados voluntariamente ou propositalmente por interventores institucionais. Assim, são analisadores produzidos “pela própria vida histórico-social-libidinal e natural, como resultado de suas determinações e da sua margem de liberdade.” (BAREMBLITT, 2002, p. 136).

O outro tipo de analisadores são os artificiais ou construídos, que são aqueles que analistas institucionais constroem, inventam, criam como dispositivos para explicitar os conflitos e para buscar suas resoluções. Novamente, esses analisadores assumem características heterogêneas, pois são “(...) procedimentos artísticos, políticos, dramáticos, científicos etc., qualquer montagem que torne manifesto o jogo de forças, os desejos, interesses e fantasmas dos segmentos organizacionais.” (BAREMBLITT, 2002, p. 135). A diferença é que são efetivamente desenvolvidos pelos analistas institucionais.

Portanto, o caminho metodológico a ser construído passará pela elaboração de narrativas sobre um plano problemático que envolve o trabalho em Psicologia na Atenção Básica, que é, em todas suas dimensões, conectado ao campo da saúde mental, entendendo-se que, nesse plano problemático, afirmar a produção de saúde — e de cuidado — passa por produzir dimensões públicas em políticas de saúde mental.

No trabalho da pesquisa e da clínica, de alguma forma, é sempre de narrativas que tratamos. Os dados coletados a partir de diferentes técnicas (entrevistas, questionários, grupos focais, observação participante) indicam maneiras de narrar — seja dos participantes ou sujeitos da pesquisa, seja do pesquisador ele mesmo que apresenta os dados, sua análise e suas conclusões segundo certa posição narrativa. O que os pacientes dizem na situação de análise, o que os terapeutas levam para suas supervisões, o que os supervisores contam do que ouviram, tudo isso implica tomada de posição numa certa política da narratividade (PASSOS & BARROS, 2009, p. 150).

As narrativas/crônicas têm potência e força de produzir analisadores e serão, portanto, nossos analisadores construídos para analisar esse plano problemático apresentado.

Então, efetivamente, falamos da escrita e de análises de narrativas como metodologia de pesquisa. Essas narrativas são fragmentos de casos clínicos, acontecimentos do cotidiano do trabalho, desconfortos gerados das relações de forças no serviço, percepções, conversas entre trabalhadores, relatos, diários de campo, mudanças da organização do serviço, incômodos com políticas privatizantes de saúde e produção de sujeitos etc., que se combinam em uma história complexificada e singular, pois apresentam as relações que compõem tal plano problemático.

Afirma-se que acessar esse plano de composição junto de narrativas como analisadores é fazer cartografia, pois cria-se o caminho ao caminhar (as metas ao pesquisar). Não abandonaremos as metas da pesquisa (os objetivos), mas, junto delas, notam-se a criação de novas metas durante o percurso da pesquisa nas transformações do trabalho e do pesquisar. Assim, são elas, antes de qualquer outra coisa, efeitos do percurso e não mais aspectos fixos, esperados e estanques da pesquisa. Produzir acessos a esse mundo processual sempre em transformação, mutante, vivo, real, do plano do trabalho e da pesquisa, é cartografar.

A partir daqui, então, serão trazidas algumas narrativas para tensionarmos o plano problemático proposto. Tais narrativas não são carregadas de uma noção ou intenção de fidedignidade com uma verdade científica (como já dito): elas carregam estratégias de compartilhar analisadores, compondo um plano analítico do que tem sido o processo e os efeitos de algumas organizações do processo de trabalho.

Em decorrência do curto tempo de elaboração do projeto dessa pesquisa e a finalização dela, bem como das implicações da pandemia de covid-19 em relação ao tempo de análises em comitê de ética, não houve avaliação dessa pesquisa pelo comitê.

No entanto, essa pesquisa parte da análise de relatos de acontecimentos registrados somente no diário de campo do pesquisador para construção das narrativas, não tendo sido feita nenhuma entrevista ou utilizado qualquer documento dos serviços citados, garantindo-se, assim, o anonimato de possíveis

sujeitos envolvidos no processo de pesquisa e diminuindo qualquer tipo de exposição ou constrangimento em relação às histórias contadas.

### **3 QUE LUGAR É ESTE LUGAR DE ONDE SE FALA:**

Viana é um dos sete municípios que integram a Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) do Espírito Santo, junto de Vitória (capital do estado), Serra, Cariacica, Fundão, Guarapari e Vila Velha. O município faz divisa com Cariacica, Guarapari, Vila Velha, Domingos Martins e Marechal Floriano. Atualmente, a área territorial de 312km está ocupada por aproximadamente 80 mil habitantes<sup>2</sup>.

O nome do município é uma homenagem feita a Paulo Fernandes Viana, que foi responsável por trazer famílias açorianas para o território — que na época se chamava Jabaeté e era ocupado por indígenas Puris — e iniciar o povoamento colonial europeu. Esses açorianos receberam terras, casas, ferramentas e carros de bois para se instalarem em volta do Rio Jucu e afluentes (Formate e Santo Agostinho). Ali, começaram o cultivo de arroz e trigo, bem como continuaram o cultivo de milho e mandioca — já conhecido dos indígenas<sup>3</sup>.

A imigração no Espírito Santo teve início durante o governo de Francisco Alberto Rubim, sob acompanhamento do intendente de Polícia Paulo Fernandes Viana (BITTENCOURT, 1987 citado por RÖLKE). Em 1813, foram trazidas algumas famílias açorianas, que foram assentadas em Viana. Este primeiro assentamento de açorianos fazia parte da política de D. João VI em colonizar o país com imigrantes europeus. Para esta empreitada, o Governo Provincial recebeu ajuda financeira do Governo Imperial (RÖLKE, 2016, 187-188).

Com a posterior imigração europeia, vieram, em grande maioria, italianos (de Trento e Vêneto) e germânicos para o território que já era ocupado pelos indígenas, açorianos e africanos (GROSSELLI, 2008).

Segue-se, então, para um período de construção e de estruturação de vias e estradas para escoamento de mercadorias vindas dos portos — que ligariam o

---

<sup>2</sup> <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/es/viana.html>

<sup>3</sup> [viana.es.gov.br/pagina/ler/50/a-cidade](http://viana.es.gov.br/pagina/ler/50/a-cidade)

Estado a Minas Gerais e Rio de Janeiro — ou em direção à capital espírito-santense.

Esse é um aspecto importante para o território vianense até os dias de hoje. Em 2018, o Governo Estadual homenageia Viana como a “capital da logística no Estado”<sup>4</sup>, visto que inúmeras obras rodoviárias contornam os cenários municipais nas duas BRs que cruzam o município, a 101 e a 262. Viana é o único município no Estado em que essas BRs encontram-se e isso é de extrema importância para a alocação de recursos municipais, estaduais e federais no território, além do intenso investimento privado de empresas de logísticas e transportes rodoviários às margens dessas rodovias (SILVA; HONORATO, 2019a; SILVA; HONORATO, 2019b).

Essa história faz parte do que vem sendo contado oficialmente por pesquisadores nos grandes marcos da história do Espírito Santo. No entanto, existem outras histórias de vidas, de pessoas transformando seus mundos, de outras Vianas que aparecem em processualidade entre as oficialidades da história e singularidades da vivência — as relações de vizinhança entre sujeitos e o mundo. Sobre essas, nós nos ocuparemos com maior vinculação.

Recorrendo a conversas com pessoas mais velhas que moram por Viana há décadas (pessoas que eventualmente passam pelos atendimentos em Psicologia comigo, colegas de trabalho, amigos de futebol do meu pai, amigos da minha mãe, amigos que fiz, familiares etc.), são recorrentes expressões de um passado em que “aqui era tudo mato”, “não tinha nada” e “fazia-se tudo a pé”. De fato, havia mais mato pelos caminhos que percorremos. Quando criança, treinava em um time de futebol em um bairro vizinho. Juntávamos (mães, pais e meninos) para irmos aos treinos. O caminho era percorrido a pé por uns 20 ou 30 minutos em terrenos de terra, gramas, morros, matos, corujas, cachorros, afluentes de rio poluído por esgoto a céu aberto, caronas nos dias em que tínhamos sorte. Esse caminho atualmente não é nem mais possível devido às alterações do relevo para construção de estradas e casas e porque também existem mais linhas de ônibus que facilitam esses caminhos pelo território.

---

<sup>4</sup> ESPÍRITO SANTO. Lei estadual Nº 237, de 17 de outubro de 2018, considera o município de Viana como “Capital Estadual da Logística”.

Em outra conversa, com uma colega de trabalho, o “fazer tudo a pé” no passado é falado sobre busca de acesso aos serviços de saúde à época em que se dependia de consultas no antigo IAPI (Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários). Algumas pessoas precisavam sair de Viana e chegar à capital Vitória andando cerca de mais de duas horas para marcar uma consulta. Atualmente, algumas consultas de variados campos do saber em saúde fazem parte de um cenário de possibilidades em Viana, caso de consultas ortopédicas, em neurologia, psiquiatria, urologia, ginecologia, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia, entre outras, tanto pela presença de uma Policlínica (estabelecimento de saúde de nível especializado que organiza estas especialidades) quanto pela dispersão de UBS pelo território.

Hoje, essa Policlínica ocupa um terreno que anteriormente era um campo de futebol (destes os quais percorriam meu pai e seus amigos, eu e meus amigos, outros familiares meus, tantos outros familiares de outros). Os campos ainda fazem parte dessa geografia que vivenciam a história do território vianense, embora muitos se findaram, outros estão sendo reformados, uns viraram escolas, estabelecimento de saúde, pracinhas.

Nesse cenário de disputa por acesso à serviços de saúde, lembro-me de atendimentos com uma usuária do SUS idosa que rememora os anos de luta pela construção de uma UBS no bairro em que mora. Nesses atendimentos, essas conversas faziam-me acessar um bairro vianense que só é construído a partir dessa mulher, de sua história, do sucesso de ter conseguido, junto de amigas e de amigos, uma UBS para a população, de sua relação que se estabelece com o serviço da UBS na promoção de saúde, na produção de relação e de vínculo com o cuidado em saúde, na afirmação de uma disputa por direitos constituídos nos princípios do SUS.

#### **4 QUEM ESCREVE/FALA:**

Ser um morador de Viana nascido no município e ter frequentado serviços de saúde em geral desde a infância por aqui já é um primeiro passo para abertura desta conversa.

Outros passos dão-se a partir de escolhas familiares e pessoais que, durante anos da minha vida, fizeram-me frequentar a capital do Estado para completar meus estudos de nível médio e superior. Com isso, deparo-me com inúmeras situações de perceber que, por mais que Viana seja um município da Região Metropolitana do Estado — como a capital é — aquele é desconhecido a ponto de imaginarem que eu era um morador do interior do Estado que necessitaria, por exemplo, de alugar um apartamento na capital para poder morar perto ou que eu precisasse de algum transporte específico para além do sistema Transcol (comum aos moradores da região metropolitana do Estado).

É nesse aparente — talvez explícito — desconhecimento sobre o município onde nasci e moro que pretendo centralizar análises sobre o trabalho em psicologia com foco no contexto da Atenção Básica, tendo como campo problemático uma perspectiva que enuncia desafios e práticas em dimensões públicas em políticas de saúde mental.

Ao tentar lembrar dos primeiros contatos com serviços de saúde mental do município, retomo memórias da infância quando treinava futebol no bairro Vila Bethânia — vizinho ao bairro no qual moro, Nova Bethânia. Há uns 20 anos, antes dos treinos, íamos a uma igreja tomar o café da manhã servido pelos treinadores do projeto de futebol infanto-juvenil. Essa igreja estava próxima a um prédio — hoje desativado — que, muitas décadas atrás, foi usado como uma base da Polícia Militar e, depois, como uma agência dos Correios, e, nessa época dos meus treinos de futebol, servia como referência de atendimento em saúde mental para todo o município (naquele tempo, apenas ocorria de entender que ali se “trabalhava com doidos”). Ou seja, as pessoas de todos os cantos do município, que demandassem algum atendimento em saúde mental, deveriam se encaminhar para esse único prédio, do qual, atualmente, restam apenas as paredes.

Os serviços em saúde mental estão, atualmente, de certa maneira espalhados pelo território municipal. Espalham-se por meio das UBS (19), uma Policlínica e dois Pronto Atendimento.

Como mencionado, a partir do fim de 2020, sou convocado por um Processo Seletivo do município que me aloca em uma UBS no bairro de Primavera e, com

o passar dos meses, também no bairro de Universal. Notar que, em ambos os bairros, estou diante de uma população que, muitas vezes, parece comigo e, em tantas outras, diferencia-se é fundamental para tecer tal campo problemático.

Estou como profissional em um lugar em que, durante anos, vivenciei arquiteturas iguais — os prédios mais antigos de UBS (como o da de Universal) são como o que eu frequentava como usuário em Nova Bethânia no início dos anos 2000. Os três bairros compactam características suburbanas/periféricas.

Essas afetações, incômodos, descobertas, frustrações em lidar com essas questões hoje, como profissional nesses bairros, contornam um fazer profissional que levanta aquelas questões introdutórias. É nesses atravessamentos que se compõe um trajeto de pesquisa que passa por analisar a experiência do trabalho em psicologia em alguns aspectos de políticas de saúde mental que se apresentam no município de Viana/ES na relação com as seguintes dimensões: 1) o SUS, como um sistema que organiza e possibilita a existência das ações de saúde, em geral, no Brasil; 2) a Atenção Básica, como uma dimensão do SUS, com suas características em torno do cuidado e das práticas de saúde específicas desse nível de complexidade; 3) As concepções de saúde mental e seus processos de produção de saúde; e 4) As interseções entre a Atenção Básica e a saúde mental no município de Viana.

## **5 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Existem inúmeras formas (ou modelos) de se oferecerem serviços em saúde, sobretudo como prática de gestão de processos de saúde, doenças e tecnologias de cuidado. Junto disso também há inúmeras formas de se construir esses serviços em sistemas de saúde e como esses conceitos — *sistema e saúde* — correspondem-se.

É em meio a essas variadas formas de se construir um sistema de saúde nacional que faz sentido falarmos do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Em busca de um modelo que pudesse dar conta das necessidades de saúde da população do país de maneira abrangente, de fácil acesso, com gratuidade e

pretendendo garantir serviços dos mais básicos aos mais complexos, independente a quem quer que seja e onde quer que esteja, construiu-se a proposta do SUS brasileiro.

No Brasil, essa correspondência faz-se, atualmente, com o Sistema Único de Saúde (SUS). É com ele que se organizam, em todo o território nacional, os estabelecimentos e os serviços de saúde prestados a todos brasileiros de maneira gratuita, os quais vão desde os procedimentos mais custosos, complexos e de altas tecnologias (como transporte e transplantes de órgãos) aos de menor custo, complexidade e tecnologias leves (como consultas médicas de rotina a curativos em ferimentos), além de serviços variados como vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, assistência farmacêutica, saúde do trabalhador, controle e qualidade da água, vacinação etc.

Esse sistema passa a ser possível após a Ditadura Militar Brasileira, com o processo de redemocratização e a constante luta social em torno da Reforma Sanitária e pelo direito integral e universal à saúde para qualquer cidadão no território nacional. Nesse contexto social, entre as décadas de 1970, 1980 e 1990, um intenso fervor na mobilização social para luta política por direitos serviu como terreno fértil para exigência e construção do SUS.

Algumas experiências anteriores à promulgação da Lei 8.080 de 1990, que inaugura juridicamente o SUS, já vinham sendo estabelecidas desde o início da década de 1980, como o funcionamento, nas periferias, de casas as quais forneciam trabalhos médicos e de enfermagem, sem distinção sobre para quem o serviço estava sendo destinado. Esses serviços, que partiram de projetos de sanitaristas apresentados às prefeituras, dão base para o cultivo do que hoje entendemos como as Unidades Básicas de Saúde — um serviço em saúde, próximo da população, regionalizado, aberto a qualquer pessoa que precise do serviço (MATHIAS, 2018).

A estruturação desse sistema está situada no compromisso em entender que a saúde, mais do que ausência de doença, é um direito e deve ser garantido pelo Estado e para todas as pessoas que necessitam. Isso significa dizer que cabe ao Estado, em suas instâncias de poder, fornecer condições materiais,

financeiras e reais para que os serviços em saúde sejam efetivados para cada município da federação.

Para organizar o funcionamento do SUS em nível nacional, uma série de princípios e de diretrizes foram estabelecidos para garantir as atribuições e as responsabilidades de cada ente federativo frente às demandas de saúde de seu território.

“(...) o SUS é o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, compondo uma rede regionalizada e hierarquizada, organizada a partir das diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade. É, portanto, uma forma de organizar as ações e os serviços de saúde no Brasil, de acordo com princípios, diretrizes e dispositivos estabelecidos pela Constituição da República e pelas leis subsequentes.” (PAIM, 2015, p. 35).

Os princípios e as diretrizes do SUS estão descritos pela Lei 8.080, mas já vinham sendo experimentados e discutidos pela população, ora pelas experiências exitosas da Reforma Sanitária, ora pelas contradições e fragilidades dos modelos de assistência à saúde anteriores.

## **6 REFORMA SANITÁRIA**

A Reforma Sanitária designa, então, um movimento de transformações a partir de variadas experiências de reformulação normativa e institucional para a assistência à saúde. Entende-se por movimento já que é considerada como um processo, fenômeno dinâmico e inacabado. (COHN, 1989).

De acordo com a mesma autora, esse processo tem início, na década de 70, com uma série de instituições ligadas às lutas por universalidade e equidade da assistência à saúde, como a CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde) e a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Porém, Paiva e Teixeira (2014) localizam que, a partir da década 1950, já se identificava a formação de atores e de instituições com interesse em mudanças radicais no sistema de saúde vigente, a exemplo de cursos de medicina preventiva que buscavam o fortalecimento de visões contrárias ao sistema de saúde da época e ao regime

autoritário militar. Esse novo modo de pensar apostava no fim do regime como única forma de construir um sistema de saúde eficiente e democrático.

Enfrentando um contexto de repressão social da Ditadura Militar Brasileira e suas consequências (como a crise financeira da Previdência Social em 79/80 e a continuidade da ruptura com o processo democrático), a Reforma Sanitária é um processo político desenvolvido por um saber militante que surge de diferentes técnicas que tinham em comum um passado progressista. Esse movimento conta com pesquisadores, acadêmicos, médicos e movimentos sociais da população na construção da reforma.

Para Teixeira (1989), a Reforma Sanitária

refere-se a um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional que regulamenta e se responsabiliza pela proteção à saúde dos cidadãos e corresponde a um efetivo deslocamento do poder político em direção às camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal à saúde e na criação de um sistema único de serviços a égide do Estado. (p. 39).

De maneira um pouco mais direta, podemos compreender esse movimento como um processo que se articula socialmente na elaboração de propostas institucionais que busca por

[...] mudanças nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado (OLIVEIRA & SPAZIRO, 2020, p. 15).

É na construção das propostas da Reforma Sanitária que, ao fim da Ditadura Militar Brasileira e na redemocratização (com a Constituição de 88), tais acúmulos de lutas sociais em torno da assistência à saúde promoverá os princípios e as diretrizes de um emergente novo sistema de saúde para a população, este unificado, descentralizado, hierarquizado, universal, integral e equânime — o Sistema Único de Saúde (SUS).

Em Viana, o SUS está disposto em um circuito de assistência à saúde que se insere entre a abrangência das UBS (19 unidades) no território municipal com uma ou mais equipes de Estratégia Saúde da Família (compondo os serviços regulares da Atenção Primária), dois Pronto Atendimentos e uma Policlínica (construída em 2020) — que é responsável por consultas de especialidades

médicas (cardiologia, urologia, psiquiatria, ginecologia, ortopedia etc.) por vínculos de trabalho do tipo consórcio, atendimento especializado para tuberculose, procedimentos odontológicos, fonoaudiológicos, fisioterapêuticos, a qual, a partir de novembro de 2021, absorve todos os psicólogos que estavam na AB, estes em vínculos de trabalho por contratos com a Prefeitura Municipal —. Alguns outros equipamentos e serviços também constroem o SUS em Viana: como uma Central de Vacinas e um Centro de Testagem e Aconselhamento para pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Assim, visualiza-se diariamente um fluxo de encaminhamentos das UBS, principalmente para a Policlínica.

Essa configuração poderia favorecer maior integração multiprofissional das práticas de cuidado em saúde mental, apontando para estratégias abrangentes entre profissionais de diversas áreas do saber em saúde. No entanto, entre agendas superfocadas em procedimentos e atendimentos, poucos espaços de discussão entre equipes acontecem (como entre psicólogos e psiquiatra), o que fragmenta o cuidado em alguns casos, causando lentidão e diminuindo a capacidade resolutive do serviço.

Pensar essa organização-separação é importante para notar desarticulações de dimensões públicas do cuidado em saúde mental que estão acontecendo. Com isso, tem-se apostado em uma organização de serviço que individualiza a resolutividade das demandas para os profissionais de saúde mental (aqui, nesse serviço, entende-se por profissional de saúde mental somente psicólogos ou psiquiatras).

Com a presença de todos os seis profissionais em psicologia em um mesmo equipamento, tem-se conseguido avançar na construção de vínculos profissionais e interações entre outros saberes para conduzir práticas de cuidado mais abrangentes e menos individualizadas.

Se, por um lado, não encontramos, nessa organização, proximidade com o território das pessoas em sofrimento, por outro, encontramos maiores capacidades de encontros entre profissionais diversos para pensar estratégias de cuidado. No entanto, não podemos apostar em uma dicotomia que sempre nos fará escolher a perda de algo muito relevante.

Na AB, garantimos a proximidade com os territórios e, na Policlínica, a proximidade com diversos profissionais. Em ambas, há um distanciamento de um cuidado que se oferta entre dimensões públicas.

Que apostas ético-políticas estão no centro de nossas ações? Não se trata de dizermos qual é errada ou certa, mas de avaliar as ações nesse jogo de forças que é o SUS para assim construirmos práticas que efetivamente cuidem — inclusive organizações dos serviços que se aproximem tanto dos territórios quanto outros diversos campos do saber em saúde dos usuários.

### **Vamos, mude! Faça logo algo!**

(...)

— Eu preciso mesmo fazer isso? Ela escreve na última página do caderno de anotações.

Estava mais encurralada esta semana. É visível que o casamento não vai bem há bastante tempo: todo esse desamor e as frases vazias, o descompromisso do marido, a renúncia de atenção. Sente que serve como uma funcionária da casa e que ainda por cima paga as contas.

A filha adolescente está, há alguns meses, fazendo acompanhamento com uma psicóloga na Unidade Básica de Saúde do bairro. A dinâmica da família a sufoca. Olhar esse pai com todas suas fugas e distanciamento a deixa enraivecida. A demora da mãe em tomar uma decisão definitiva também causa raiva. Como pode uma mulher adulta ficar tanto tempo com um homem assim?

O interesse da filha pela separação chega à psicóloga como uma demanda devastadora. É esse o caminho?

Convocada a conversar com a psicóloga, a mãe sente que poderá ser escutada, ter suas dúvidas ouvidas, suas aflições acolhidas, participar do processo de alguma forma e poder articular outras possibilidades de construir uma relação mais próxima com a filha, principalmente.

No consultório, de frente à psicóloga, expõe aos poucos sua versão, seus sentimentos, as angústias que calcinam a relação conjugal. Não quer a filha com

raiva do pai pelos seus descasos. Também não odeia seu marido, pelo contrário: há um carinho imenso pelo parceiro que conhece desde a infância.

Está à frente de um momento muito delicado de sua vida: se terminar com o marido, poderá vê-lo sozinho — rememora quando o viu perdendo a mãe ainda adolescente —; se permanecer com ele, os conflitos com a filha continuarão presentes. Segue manobrando as situações sem decidir entre a demanda da filha e o término com o marido.

Os psicólogos estão sempre com uma caneta à mão e um ar de solução em sua ponta. Porém, as canetas deixam marcas. Vocês já viram quando eles escrevem em seus blocos de notas? Podemos ter certeza de que há ali um caminho confiável para se existir. Onde e quando foi que alguém se tornou apto para dizer o que ou alguém deve fazer de sua vida?

É encaminhada pela psicóloga para outro psicólogo a fim de dar continuidade ao processo terapêutico que dirá como deve se fazer ou quais ações tomar nessa situação. Nesse encontro com outro profissional, essa nova tecnologia das condutas recebeu um nome: “terapia de choque”. O psicólogo, confiante em sua prática de confronto, do solavanco, das decisões, escreve um encaminhamento direcionado ao Fórum de Justiça. É preciso que esse marido seja retirado de casa pelo aparato judicial?

É preciso que ela resolva essa situação!

É preciso que ela tome postura de alguém adulta!

É preciso que ela faça algo! É preciso que ela reaja!

— Mas não pedi isso. Eu não quero que meu marido seja retirado de casa, muito menos dessa maneira. Será que eu devo entregar essa carta? Pensa a usuária.

Com o encaminhamento em mãos, na direção do Fórum, ela questiona pontos importantes sobre decidir o que fazer, angustiada e preocupada se tomará uma ação correta, seja qual for a ação tomada. Toda essa pressão por fazer algo, tomar uma decisão tão importante, produzir uma mudança drástica em sua vida deve ser feita com autonomia, com cuidado, em uma relação de

confiança. Mas, tudo que ela percebe é sua vida em suas mãos, sem companhia, obrigada a fazer logo algo.

Em frente ao Fórum, imagina seu marido, por quem não sente aquele amor de anos atrás, mas que também esteve com ela esses tantos anos. As próximas cenas em sua imaginação seriam o marido tendo de justificar suas omissões aos juízes, quem sabe em custódia policial por algo que ela não demandou e nem acha necessário.

O encaminhamento de nada serve se não for entregue. É um documento sem valor se guardado na gaveta. Quem sabe para um futuro? Ela decide ir embora. Guarda o documento.

Essa é a decisão. Visível decisão solitária por mais que tenha passado por profissionais em locais diferentes. Esses profissionais — são poucos no serviço da Atenção Básica — com suas agendas de trabalho tão cheias procuram dar conta de uma série de casos da maneira mais rápida e objetiva para atenderem mais rápido as pessoas da fila de espera. Não estavam em tão boas condições de acompanhar essa mulher por um tempo maior, em um processo que faça durar suas preocupações a fim de encontrar de maneira autônoma uma saída com menos dores e soluções mais interessantes para esse momento.

Como poderiam construir com ela uma relação que sustentasse autonomia para as decisões mais sensíveis se não possuem tempo para conduzir um processo terapêutico duradouro? Tensionados por atender cada vez mais pessoas, cada vez em menor tempo de atendimentos, isolados de uma rede de cuidado ativa, com poucas opções de dividir percepções em equipes ou grupos profissionais de referência, carregam a responsabilidade de dar conta de momentos de vidas muito complexos, sensíveis e sutis em pouco tempo e de maneira apressada. Nessa perspectiva, enfraquecem-se potenciais de produzir dimensões públicas de condução dos casos que chegam nas UBS, porque isolam os psicólogos (e outros profissionais) em suas agendas de trabalho em torno unicamente de procedimentos e atendimentos.

Tomar esse relato-imaginado como analisador de um caso servirá a nós para analisar não só o trabalho efetivo de psicólogos (as decisões que tomaram, o que pensaram etc.) diante uma demanda, mas pensar sob quais condições

operacionais, organizacionais, de contexto e de tempo profissionais estão sendo colocados para ofertar um serviço que se baseia pelo cuidado a partir de algumas políticas de saúde mental que não têm sido, efetivamente, públicas.

O desmantelamento dos serviços na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) passa por tais exigências que tendem a individualizar as soluções dos momentos de crise em alguns profissionais com seus procedimentos e atendimentos, excluindo-se decisões coletivas nos serviços de saúde.

A RAPS é uma rede de serviços composta por diferentes componentes dispostos nos três níveis de complexidade de atenção à saúde no SUS que visa a integralidade do cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (GARCIA; REIS, 2018).

Fazem parte da RAPS às UBS, equipes de Atenção Básica para populações específicas (Consultório de Rua, por exemplo), o Núcleo de Apoio à Saúde a Família (NASF) e Centros de Convivência e Cultura, CAPS, Unidades de Acolhimento, Serviço Residencial Transitório, serviços hospitalares (leitos de psiquiatria em Hospital Geral) etc. (BRASIL, 2017).

A efetivação da RAPS só é possível quando a organização do trabalho incorpora certas perspectivas de cuidado que se dão coletivamente, quando o cuidado é reconhecido como produzido no território, entre estabelecimentos de saúde e com fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional.

É possível notarmos que as políticas de atenção à saúde mental, pensadas a partir do cuidado comunitário, como é a RAPS, vêm sendo desmanteladas nos últimos anos, ao mesmo tempo em que se têm sido produzidos documentos que normatizam e invertem a lógica de atenção da Política Nacional de Saúde Mental do cuidado comunitário e territorializado para uma lógica hospitalocêntrica/manicomial (CRUZ *et al.* 2020).

Esse cenário pode ser explicativo para pensarmos na maneira como a atenção ao momento da usuária foi se estabelecendo. Não havia ali organização dos serviços em torno de uma rede, entre as linhas de fluxo dos serviços de saúde, pautado no território e em equipes, mas profissionais colocados em

tensionamentos para solucionar, em pouco tempo, demandas complexas que exigem tempo, acolhimento, vinculação.

O esvaziamento das práticas de cuidado territorializado, aplicado por essas mudanças dessa “nova” PNSM (CRUZ *et al.* 2020, p. 15), pode ser entendido como rompimento com os princípios do SUS, uma vez que retoma modelos de atenção à saúde que não garantem, efetivamente, o cuidado humanizado, em respeito à dignidade humana, enquanto retoma aspectos do paradigma manicomial que já deveriam ser abandonados após a Reforma Psiquiátrica.

## **7 REFORMA PSIQUIÁTRICA**

As transformações sociais que ocorreram no país no campo da saúde modificaram estruturalmente as maneiras de se considerar o que é saúde, doença e tratamento em saúde mental. Com isso, acompanham-se novos modos de planejamento, equipamentos, serviços e modos de organização e funcionamento de diversas políticas e práticas de atenção à saúde mental. Isso nos ajuda a analisar como essas organizações também modulam processos de produção de subjetividades em seus contextos de inserção, sejam políticas nacionais, estaduais ou municipais de saúde mental.

Se os modos de organizar as políticas de saúde (as formas que visualizamos dessas organizações) modulam processos de produção de subjetividades, para alterar essas formas é necessário, inclusive, tais processos subjetivos (ou as forças que atuam produzindo formas de organizar) precisarem ser reconfigurados para que modulem outros modos/formas de organizar. Os movimentos que construíram a Reforma Psiquiátrica foram importantes e exitosos por conseguirem atuar nessas dimensões das forças de produção de subjetividades em torno das concepções de cuidado em saúde mental.

A história da Reforma Psiquiátrica segue algumas das disposições políticas e das discussões em torno do campo da saúde, trazidos pela Reforma Sanitária, porém preocupa-se de uma maneira mais centralizada na assistência à saúde mental.

A Reforma Psiquiátrica é, então, um processo político que propõe alterações no modelo assistencial às pessoas em sofrimento psicológico, com transtornos psiquiátricos, enlouquecidas e em uso abusivo de álcool e outras drogas.

Mas, que modelo era esse para ser reformado? Tal modelo tratava de práticas que nada têm a ver com cuidado ou com produção de saúde. Brasil e Lacchini (2021) trazem a história da psiquiatria no Brasil com a chegada da família real portuguesa e com a destinação de desempregados, mendigos, órfãos, marginais e loucos às ruas ou celas. A partir de 1830, descobrem-se a lobotomia e a eletroconvulsoterapia (ECT) como estratégia de cura para as pessoas com transtornos mentais. No final do século XIX, D. Pedro II cria o primeiro hospital psiquiátrico do país com condições insalubres no qual se isolavam essas pessoas do convívio social. Serão essas práticas (e outras tão degradantes quanto, como agressões, torturas, punições, enclausuramento, internações compulsórias etc.) que ditarão os modos de operar os hospitais psiquiátricos (manicômios, sanatórios etc.) do país.

Em 1970, concomitantemente à Reforma Sanitária, a Reforma Psiquiátrica começava a ser discutida, por profissionais, familiares e sociedade, bem como esses modos de operar dos hospitais psiquiátricos/manicomiais em relação ao cuidado e ao tratamento em Saúde Mental (BRASIL & LACCHINI, 2021).

Trata-se, então, de um cenário de assistência à saúde mental pautado por internações psiquiátricas, ausência de autonomia das pessoas em sofrimento, isolamento do contato com familiares, ausência de comunidade dos tratamentos, e em constantes infrações aos direitos básicos (AMARANTE, 1998). É esse o modelo assistencial objeto da reforma psiquiátrica.

As mudanças que ocorrerão nesse cenário efetivam-se após anos de disputas políticas institucionais e nas criações de serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos. Um novo modelo de assistência à saúde mental passará a ser construído a partir de princípios como a cidadania, os direitos das pessoas em sofrimento, a reabilitação psicossocial e a reinserção social. É um movimento de desconstrução das práticas manicomiais e desinstitucionalização.

A criação da RAPS e a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) assegurarão a responsabilidade do Estado na proteção e na defesa de direitos das pessoas

que estavam em hospitais psiquiátricos, bem como a substituição das estratégias manicomiais, centralizadas nesses hospitais, para uma outra perspectiva de assistência à saúde mental, centrada no cuidado comunitário, integral, humanizado e na autonomia da pessoa em sofrimento psíquico. Integrarão essas mudanças os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial, Residências Terapêuticas, Centros de Convivência, serviços de farmácia básica (BRASIL & LACCHINI, 2021), entre outros equipamentos. São equipamentos de saúde mental com equipes multiprofissionais que se inserem entre os níveis de complexidade do SUS.

A efetivação desse novo modelo de assistência à saúde mental é fruto da expansão dos princípios de universalidade, integralidade e equidade e outras diretrizes (como regionalização, hierarquização, descentralização etc.) do SUS, das lutas construídas pela Reforma Sanitária e da Luta Antimanicomial — “contrária à estigmatização da loucura, contra os processos de isolamento, os tratamentos indevidos, excesso de medicalização para sedação, interdições compulsórias, da tutela e curatela” (DELGADO, 2020, p. 21).

Isso nos é relevante, porque estes dois movimentos expressam (e constroem) modos de se pensar e de se efetivar o cuidado em saúde mental a partir de dimensões públicas das políticas de saúde mental: na multidisciplinaridade, na equidade, na integralidade, nas referências dos direitos humanos (descentralizado dos hospitais psiquiátricos como únicos serviços possíveis, a partir das comunidades em que as pessoas em sofrimento vivem), na produção de autonomia, no protagonismo dos profissionais dos serviços em saúde mental e na participação social de familiares na elaboração de projetos terapêuticos condizentes com as realidades do usuários dos serviços.

### **Que rede?**

Entre o fim de um atendimento e a espera pelo próximo paciente, vou à cozinha pegar um café. A agenda hoje está bem cheia de novos pacientes e não sei por quem estou esperando. Sei, apenas, que é uma adolescente.

Uma colega psicóloga vem ao meu encontro na cozinha da Policlínica (um estabelecimento de atenção especializada à saúde). Percebo-a diferente. Ela me chama como quem quer contar um segredo, embora não seja um segredo. Mas, reserva-se a contar bem baixo enquanto caminha comigo para o corredor de espera.

“Tem uma paciente ali te esperando. Acho que ela está em surto. Está com alguns cortes no braço e com um acompanhante.”

Por um instante, sinto um resfriamento dos músculos e como se fosse um tremor no estômago. Caminho com a psicóloga, enquanto tento compreender um pouco mais da situação inesperada.

“Ela foi recebida na recepção e disseram para entrar e te aguardar.”

Quando chegamos ao corredor, noto um balanço diferente entre outros usuários no corredor — alguns adultos movimentam-se tentando auxiliar a adolescente; outros estão parados esperando o atendimento de fonoaudiologia; outros aguardam dentistas; algumas crianças correm pelo corredor em frente à sala da pediatra. Aquele corredor foi modificado pela presença de uma adolescente com o braço marcado por sangue e desorientada.

Entro em minha sala, certifico-me do nome dela pela minha agenda. Retorno ao corredor e a convido, junto de seu acompanhante, para a sala. Ela entra. Solicito que se sente, ajeito a porta e direciono o acompanhante a sentar ao lado dela. Vou à minha cadeira e a percebo batendo com uma caneta em seu braço ferido. Solicito que me entregue a caneta porque precisarei dela. Sem questionar, a caneta é devolvida. Guardo a caneta e, em seguida, o recipiente de álcool é apanhado por ela para esguichar nos ferimentos. Interrompo-a com a mão, bloqueando o fluxo de álcool e o contato do braço.

“Isso pode te machucar muito mais.”

“Doutor, eu quero sentir dor.”

Oriento-a a usar um pouco de água para limpar seu braço.

O atendimento prossegue: adolescente com recém alta de internação psiquiátrica. O acompanhante foi pouco informado sobre o estado de saúde

mental da garota, não tem nenhum documento que explique a situação. Eles também não sabem explicar como foram agendados e relatam terem vindo outras vezes para o estabelecimento em busca de atendimento psiquiátrico para estabilização do quadro de saúde mental. A garota exige medicamentos e questiono se eu posso prescrever algum.

Não consigo encaminhá-la para psiquiatra porque não há no município. À Unidade de Saúde já foram. O hospital que a atendeu e deu alta orientou o acompanhamento comunitário na rede de atenção.

“Que rede?”, penso.

O fim do atendimento arranja-se em reagendamento comigo e encaminhamento para um hospital psiquiátrico para, possivelmente, um atendimento psiquiátrico para a renovação da receita.

O acesso à saúde é direito de todo cidadão em qualquer estabelecimento de saúde, independentemente de ser um hospital ou uma UBS, é preciso dar resolutividade à demanda trazida.

A vinda agendada de uma pessoa em surto, sem o conhecimento da história do estado de saúde mental da paciente por parte do profissional, reflete uma dificuldade de um serviço especializado municipalizado em compor conversas, em pensar o cuidado a partir das várias instâncias dos serviços de saúde — a recepção, os profissionais de saúde, a gestão, a organização do trabalho —, em estabelecer vínculos de trabalho que oportunizem práticas de cuidado ampliadas.

Quando, do desenvolvimento da Reforma Psiquiátrica e do SUS, o cuidado com base comunitária, territorializado e em continuidade é proposto, isso significa aquecer redes de atenção que favoreçam o acompanhamento de pessoas que estão em estados de saúde mental similares a esse relatado.

A garantia de humanização nos atendimentos prescinde de conhecimento prévio de pessoas do território que estão em internação psiquiátrica, por exemplo. Isso seria possível, se uma rede de atenção em saúde mental estivesse funcionando e se a comunicação entre UBS e um estabelecimento da atenção especializada estivesse aquecida.

Para além do atendimento clínico individual, a Reforma Psiquiátrica busca a compreensão dos estados de saúde mental produzidos nas conexões entre os contextos sociais, as vulnerabilidades dos territórios, dimensões políticas e históricas das localidades.

Um caso de complexidade e de intenso sofrimento como esse não é um caso unicamente do saber psicológico ou do campo da saúde. É um caso de um território de saberes — do campo da saúde, da educação, da assistência social, de educadores físicos, ou seja, de políticas públicas em geral. Não é um caso de um estabelecimento especializado apenas. É um caso da UBS — com profissionais ACS, recepcionistas, dentistas, enfermeiros, etc. É um caso, inclusive da gestão e da organização do trabalho.

A efetivação do cuidado nesses casos passa por uma série de condições (equipamentos de saúde, organizações de trabalho, número de profissionais para um território, políticas públicas, garantias dos princípios do SUS) às quais chamamos dimensões públicas das políticas de saúde mental. Ao trazer essas dimensões públicas, buscamos produzir práticas de cuidado que efetivamente cuidem — e isso passa pela afirmação dos princípios do SUS e perspectivas da Reforma Psiquiátrica.

## **8 A UNIVERSALIDADE, A EQUIDADE E A INTEGRALIDADE**

Os princípios do SUS, ao orientar práticas, técnicas, planejamentos e direcionamentos éticos da construção desse sistema, conduzem também a modulação de produção de subjetividades em projetos que buscam se articular coletivamente em redes de atenção e de cuidados territorializados. Tais modulações só fazem sentido se afirmamos a necessidade de garantias desses princípios do SUS. É a partir deles que analisaremos produções de subjetividades e dimensões públicas das políticas de atenção à saúde mental.

A universalidade diz respeito ao acesso à assistência em saúde a que qualquer cidadão tem direito, sem qualquer barreira ou impedimento étnico, racial, de gênero ou de sexualidade. Em qualquer lugar do país, sob qualquer demanda

em saúde, qualquer pessoa deve ser acolhida e atendida em algum serviço de saúde de maneira resolutiva e com qualidade.

A equidade refere-se ao atendimento prestado à população e à distribuição de recursos. Entende-se que, em algumas situações de grandes desigualdades, admite-se que atender desigualmente os desiguais é um passo para alcançar a igualdade, ou seja, buscam-se estratégias que visem a minimizar as desigualdades, garantindo o direito à saúde no atendimento à diversidade e às diferenças sociais. Para a oferta de cuidado, reconhecem-se e se valorizam as diferenças de vida e saúde, as necessidades e especificidades das pessoas.

Já a integralidade tem relação entre os cuidados preventivos nas consultas médicas na Atenção Básica e os procedimentos de altas tecnologias para promoção, proteção e recuperação da saúde. Cuidado integral é sobre a amplitude de serviços dentro dos níveis de complexidade dos serviços de saúde. Busca-se compatibilizar práticas de prevenção e curativas, individuais e coletivas (PAIM, 2015, p. 33).

De certa maneira, não há um único SUS operando, mas uma disputa de múltiplos interesses em vários campos da atenção à saúde que constroem dinâmicas de serviços e atenções à saúde. Alguns desses projetos/interesses individualizantes e capitalizantes — que entendem a saúde como mercadoria a ser vendida, comercializada e distribuída — pensam as necessidades de atenção à saúde como responsabilidades únicas e exclusivas das pessoas. Daí, então, a saúde pode passar a ser entendida como *ausência de doença* e cabe a cada pessoa desenvolver recursos para superação dos momentos de fragilidades, angústias, agravos, desarranjos, de uma vida contrariada. E há outros projetos/interesses com gradientes/coeficientes de coletivização e democratização, que apontam dimensões públicas em políticas de saúde mental e promoção à saúde e superações dos momentos de adoecimentos, os quais entendem a saúde como um direito social amplo e de responsabilidade do Estado em garantir acesso. A saúde é, assim, permeada por uma capacidade de produção, cabendo aos trabalhadores traçarem, juntamente com os usuários do SUS, a partir de seus territórios existenciais, estratégias de contorno e de elaboração de terrenos para esse manejo no processo de produção de saúde.

Operar, através dos princípios do SUS e de suas diretrizes, é parte integrante desse plano problemático por localizar as direções ético-políticas às quais pretendemos caminhar: a democratização do acesso, a ampliação do cuidado, a promoção à saúde, a prevenção de agravos, a multidisciplinaridade do cuidado, a construção de equipes que trabalhem em projetos singulares de cuidado, por exemplo.

O trabalho em psicologia, seja numa UBS ou em um estabelecimento da atenção especializada, dá-se a partir da construção de organizações de serviços que possibilitem a efetivação de um trabalho multidisciplinar e o aquecimento das redes de atenção à saúde. Para isso, é imprescindível que pensemos a integralidade, a universalidade e a equidade e de quais modos esses princípios estão sendo executados. Esses são dispositivos já existentes e que oportunizam e apontam arranjos das dimensões públicas das políticas de saúde mental e suas relações com o trabalho real em estabelecimentos de saúde.

### **Hoje ela está menos trêmula**

Hoje ela está menos trêmula. Não se sabem bem os motivos, mas, nos últimos anos (estes de pandemia), ela está com esse tremor quase interminável. Chamamos de ansiedade isso que faz com que seus braços tremam, sua voz embargue, suas mãos se esfreguem. Pode ser desde as lembranças e saudades de seus parentes falecidos nesses quatro anos ou o pensamento sobre como será a vida dos netos nos dias futuros.

O encontro de hoje, novamente no consultório de psicologia, é para conversarmos sobre sua história de vida no bairro em que vive há mais de 40 anos, desde as primeiras casas construídas.

Primavera é o nome deste bairro. Ela relata que antigamente as casas ficam longe umas das outras e o atual bairro vizinho (Marcílio de Noronha) era uma grande fazenda com laranjas, mexericas e bananas.

Em Primavera, lá na década de 80, ela não tinha acesso aos serviços de saúde próximos ao bairro. Tinha que ir para a sede do município ou buscar na

capital do Estado. Foi dessa necessidade que os moradores começaram a se juntar para buscar informações e lutar por serviços no bairro (saúde, saneamento básico, educação). A Igreja Católica era uma aliada — unia-se a um caminho ao qual chama de *social e espiritual* da luta.

Esta participação popular, que chama de “caminhada em comunidade”, coloca em seus gestos de agora novas disposições de luta. O corpo não é mais o mesmo. A vontade de ajudar os outros é persistente, mas o ímpeto não, pois o medo da contaminação por Covid-19 é mais poderoso do que se poderia imaginar.

Naquele tempo de fervor social dos anos 80 — desdobramento da luta pelo fim do regime militar e redemocratização da política brasileira —, conta que um grupo de resistentes de Medicina da Santa Casa de Vitória fazia um projeto de capacitação de Agentes de Saúde Voluntárias com moradoras do bairro para saberem auxiliar a população com saúde preventiva e curativa (instruções para tratamento de fossas, controle de pragas, curativos para feridas, uso de medicamentos etc.). Ela mostra uma foto de seu certificado no celular.

O grupo que se formava de Agentes de Saúde Voluntárias criava estratégias de cuidado com a população daquele território primaveril que se formava. Juntavam-se para custear remédios com rifas na Igreja. Eram poucas, mas juntas se ajudavam. Encontra uma frase, que mesmo não se agarrando nela, coloca-nos alerta: “O que se faz em determinados lugares, por menor que seja, faz diferença”.

Hoje, ela está menos trêmula. Mas, relata sentir-se melhor do que nas últimas semanas. Tem menos medo, conseguiu caminhar no quintal de casa. Não arriscou a rua, mas foi à Igreja no último domingo. Há persistência de um caminho social e espiritual.

Quando pensamos no cuidado sob uma perspectiva da territorialização, pretende-se a produção de cenários, itinerário e estratégias de cuidado que pertençam aos planos de existência dos sujeitos em sofrimento em seus locais de viver.

Neste relato-imaginado de uma paciente idosa que tremula diariamente pelas ansiedades no corpo, pelo luto de parentes, pelas angústias do momento de pandemia, encontram-se estratégias do cuidado que valorizam suas dimensões de acesso ao cuidado: a religiosidade, a UBS — por meio de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) que também são amigas do bairro —, a memória de momentos em que ela mesma era uma Agente Comunitária de Saúde Voluntária, as histórias de tantas vezes que se prontificou em ajudar pessoas do bairro.

Os atendimentos em psicologia não visavam um olhar sobre sintomas de uma doença (tremores causados por ansiedade) e sua remissão. Contornam-se sintomas e doença na construção de vínculo com aspectos da vivência (os acontecimentos das semanas, as histórias, as preocupações com familiares, as dores de um corpo, o medo da pandemia, o isolamento e o distanciamento). Contornar não no sentido de pegar um caminho oposto que nos levaria distante, mas contornar como uma maneira de estender limites, abrir fronteiras, aumentar território para nos posicionarmos diante algum sofrimento.

A isso podemos entender como acolhimento e integralidade. Das muitas formas possíveis de se compreender acolhimento, toma-se como um fio condutor de análise o acolhimento-diálogo (TEIXEIRA, 2003), pois esse conceito refere-se à operação da rede de atenção frente às negociações das necessidades de saúde de cada usuário nos serviços ofertados pela rede. Neste relato-imaginado, os atendimentos psicológicos semanais fazem parte dessa negociação ante à rede. E só faz sentido pensar em acolhimento porque é a rede (os serviços, estabelecimentos de saúde, profissionais de uma UBS etc.) que pode acolher.

Temos, em síntese, que o acolhimento-diálogo corresponde a uma espécie de protocolo geral de comunicação entre todos os elementos que compõem a rede. Assim, não se trata necessariamente de uma atividade em particular, mas de um conteúdo de qualquer atividade assistencial (TEIXEIRA, 2003, p.12).

É através desse ato dialógico, negociado, de comunicação entre o serviço, a usuária e os profissionais que se pode visualizar em quais dimensões públicas de atenção à saúde mental que se encontra a integralidade do cuidado. No cenário da UBS, dos vários encontros com ACS, médico, enfermeira, atendentes, técnica em enfermagem é que se pôde considerar que atendimentos

em psicologia, para a usuária, poderiam potencializar atenção e produção de saúde.

E eles só podem ser produzidos quando temos garantidas algumas ações no campo do trabalho real e da atenção à saúde que já estão propostas no SUS: regionalização dos serviços, pois permite que serviços, estabelecimentos e equipamentos de saúde abranjam o território; territorialização do cuidado, porque nos permite conceber planos de cuidado contextualizados com a experiência de sofrimento dos sujeitos no território; universalidade do acesso, uma vez que garante a todos os usuários a assistência à saúde.

Fazer uso desse relato-imaginado ajuda-nos para podermos pensar também sobre a duração e as permanências de atendimentos nas UBS, a garantia de integralidade que é sustentada na regionalização da atenção à saúde, na territorialização do cuidado.

Pensemos que, para poder chegar a um certo grau de confiança entre usuário-profissional, é necessário tempo, escuta, paciência. Semanalmente, podemos nos encontrar com usuários, conversar sobre suas questões, negociar tempo de atendimento, retornos, ausências, analisar em conjunto essa duração. Isso só é possível quando aceitamos as faltas como parte integrante do processo de cuidado, quando é garantido o livre transitar entre atendimentos, como desistir e voltar, por exemplo. Por isso, na UBS, um caso como esse do relato-imaginado pôde caminhar por tantas veredas do cuidado. Porque, na UBS, consegue-se maior proximidade com usuários e seus territórios e, portanto, maior facilidade de acesso e continuidade da atenção, o que nos ajuda a dar contornos a situações de sofrimento de usuários.

## **9 ATENÇÃO BÁSICA**

Com a Atenção Básica (AB), podemos acessar algumas formas de funcionamento de elementos de dimensões públicas de políticas de atenção à saúde mental. Os modos de organização que podem se efetivar nesses estabelecimentos (não cabendo um único modo de funcionamento universal em

todo o país) são tanto produtos de produções subjetivas entre componentes sociais coletivos e individuais, quanto produtores de modos de subjetivação singulares às localidades em que se encontram.

Os modos de organização possíveis na AB indicam modulações de produções de subjetividades localizadas nas UBS. Os processos de subjetivação que atravessam os modos de organização nas UBS indicam facilidades ou dificuldades em ativar dimensões públicas de políticas de saúde mental nas redes que compõem o SUS. Esse é um importante centro de análise, porque, para alterar, por exemplo, os modos de se organizarem tais serviços, é imprescindível que ocorram mudanças nos modos e processos de produção de subjetividade nas localidades a partir de suas problemáticas.

A Atenção Básica é um dos níveis de complexidade da assistência à saúde na organização do SUS. É o nível de complexidade com maior número de atendimentos e de serviços e com maior proximidade à população devido a seu alto grau de descentralização, capilaridade e integralidade. Com isso, queremos dizer que a Atenção Básica, muito reconhecida nos estabelecimentos das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou Unidades Saúde da Família (USF), projeta-se ao encontro das comunidades em seus bairros (ou outras regiões delimitadas pelo estabelecimento), mais perto de onde as pessoas vivem. Além disso, fornece serviços individuais e coletivos de continuidade do cuidado a cuidados esporádicos e de demanda espontânea à população. A AB tem como foco o acolhimento das demandas e a resolutividade e isso é o que dinamiza o caráter da integralidade do atendimento na AB.

A descentralização na Atenção Básica formula-se na capacidade de cada UBS gerir-se a partir das demandas sociais da comunidade no território de abrangência. Ou seja, a equipe da UBS pode produzir sua própria organização de trabalho, suas agendas de atendimentos, estratégias de cuidado, seu fluxo do serviço. Também é o lugar privilegiado para a população acessar os serviços de saúde do SUS, sendo considerada a porta de entrada das pessoas no sistema de saúde. É com a Atenção Básica que as pessoas podem ser referenciadas aos serviços de outros níveis de complexidade, serem reencontradas pelos outros níveis ou buscarem por serviços especializados.

As atribuições da AB estão prescritas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de modo que

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

As equipes, nas UBS, são constituídas por profissionais multidisciplinares e compostas minimamente com médico, enfermeiro, auxiliares e agentes comunitários de saúde, podendo ter ainda odontólogo, psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, educador físico, entre outros. Outros profissionais completam as equipes em outras funções como atendentes na recepção (que são os primeiros a acolher as pessoas que chegam à unidade), profissionais de limpeza e coordenadores da unidade de saúde.

Nas UBS, as pessoas são cadastradas, através dos Agentes Comunitários de Saúde, como meio de acesso e de continuidade dos serviços de saúde ofertados gratuitamente. São esses profissionais que tanto trazem informações sobre os processos de saúde/adoecimento da população adscrita para os profissionais da unidade, quanto levam informações, como consultas marcadas, entrega de exames à população, avisos sobre eventos na unidade, explicações sobre campanhas etc. Ou seja, são profissionais que mediam a relação entre a unidade de saúde e a comunidade.

Toda essa explicação da maneira como se organiza o SUS ajuda-nos a pensar o trabalho que acontece em Viana/ES por conta de seus efeitos, uma vez que o SUS é um projeto, uma aposta ético-política, que faz sentido quando pensamos seus efeitos de modos de cuidado na vida das pessoas.

## **Há violências contra a mulher: por onde construir cuidado em rede?**

Uma mulher idosa chega à Unidade de Saúde. Aciona primeiramente as atendentes, demandando atenção ao fato de que o companheiro a agrediu e ela pretende fazer uma denúncia contra ele. As atendentes questionam à enfermeira e a mim o que fazer nesse caso. Orientamos que a mulher fosse inicialmente à sala da enfermeira — já que faltara na semana anterior a uma consulta para o preventivo — e posteriormente a enfermeira a encaminharia à minha sala para uma consulta. Existem fatos importantes nesse momento: 1) ainda é meu primeiro mês de trabalho, não tenho muitas informações sobre como lidar com esse tipo de demanda; e 2) não sou conhecido pela população, tampouco pela mulher que utiliza o serviço da UBS.

Agora, na minha sala, procuro entender com ela qual o motivo de estar sendo encaminhada a mim: há, da parte dela, o relato sobre violência doméstica (patrimonial, física, emocional, psicológica). Há dúvidas em denunciar a situação que tem sofrido à Polícia. Ela sente medo em denunciar, porque a família do homem a ameaçava caso algo acontecesse a ele. Há angústia por estar vivendo essas situações: ela teme por sua vida — nesse momento, não sei o que posso fazer (quais efeitos poderiam se produzir em caso de insistir para que ela denuncie frente a esse medo relatado? O que podemos? O que posso fazer?) .

Sabendo do interesse em denunciar, questiono se ela tem alguma estratégia para isso, considerando as ameaças dos parentes dele. Ela afirma que irá à delegacia no próximo final de semana com uma filha. Informo que ela pode fazer isso também a partir da Unidade de Saúde ou outros serviços públicos, com o sigilo das instituições — ela não aceita por essa via.

Questiono se alguém da vizinhança pode ajudá-la em momentos de risco. Sugiro que se desenvolvam alguns códigos com esses vizinhos para que saibam que há algo acontecendo em sua casa e, em caso de denunciar, que ela possa ir para casa dos filhos (ela nega essa possibilidade).

Por mais que houvesse insistido para que ela voltasse e continuássemos de onde paramos, ela não voltou aos atendimentos.

Podemos pensar que a conduta mais acertada a ser tomada seria o prosseguimento da denúncia, mesmo que de maneira autônoma do serviço de saúde, sem autorização da usuária. No entanto, isso poderia, futuramente, incorrer na efetivação das ameaças que familiares do companheiro dirigiam à usuária. Podemos pensar que eu deveria mesmo ter seguido com a denúncia a qualquer custo. No entanto, durante o atendimento a usuária me negara seu nome — imagino que por entender (ou prever) o trabalho de psicólogo como uma escuta investigativa de um atual (ou permanente?) desconhecido. Podemos pensar que agi de maneira acertada ao explicar outros possíveis cenários a partir da demanda de denúncia dela: 1) ela ficar com a medida protetiva; 2) o marido ser expulso judicialmente da casa; 3) a polícia ser convocada para o prender se infringir à medida protetiva etc. Porém, os efeitos dessas explicações foram a recusa, a renúncia, o sumiço, a ausência — após esse atendimento, ela não retornou aos demais marcados.

Alguns meses passam. Estou me preparando para almoçar (ainda não são 12h), vejo esta senhora sentada sozinha na recepção da UBS, esperando consulta médica das 13h. Ela me chama, sento-me ao seu lado e ela começa contar como vem sendo seus dias de agressões e ameaças do marido. Ela não havia denunciado. Havia sido novamente agredida. A Referência Técnica em Saúde Mental havia me orientado, que, em casos de violências, a pessoa deveria ser direcionada ao CREAS (Centro de Referência Especializado da Assistência Social). Faço isso nessa conversa. Marco um atendimento para próxima semana. Ela não retorna.

Semanas passam, estou na recepção da UBS. A senhora chega, está vestida como quem irá sair. Diferentemente de todos os outros dias anteriores nos quais vinha sozinha, ela está acompanhada de uma amiga. Com certa alegria e aliviada, ela diz que ele se foi.

O que seria preciso para uma clínica que promovesse mais? Mais que investigação, mais que encaminhamentos, mais que escuta, mais que um espaço unicamente de fala sobre as violências vivenciadas cotidianamente. Promover mais acolhimento era o necessário. A insistência em explicações sobre a denúncia afastou-a. Penso que deveria ter conduzido por outro caminho.

Garantindo a escuta, com menos explicação no momento, favorecendo o acolhimento, entendido como “postura do profissional na relação com os usuários, como técnica de escuta e reflexão sobre problemas e necessidades” (JUNIOR; ALVES; ALVES, 2013, p. 289). O acolhimento, se efetivado, possivelmente, poderia produzir a volta da mulher ao cuidado no serviço. Acolhimento implica mais do que disposição individual do trabalhador ou trabalhadora: implica mudanças nos modos de se organizar o trabalho e com isso a construção e a efetivação de trabalho em rede. Nessa perspectiva, inclusive, ao se organizar o trabalho de outras maneiras, notamos outros modos de produções subjetivas — outras práticas e técnicas de cuidado, outros efeitos do cuidado, novos acessos às necessidades de saúde da população do território, outras formas de produção e de promoção à saúde, novas formas de a população acessar os serviços. Ou seja, ampliação de um trabalho clínico que adentra os territórios existenciais dos usuários do serviço de saúde e ampliação de dimensões públicas das políticas de atenção à saúde mental.

Não podemos nos esquecer: políticas de saúde produzem práticas de cuidado enquanto nos fazem perceber modos que podem não se constituir como práticas efetivas de cuidado, mas como práticas de violência. Este é o sentido de apostar em estratégias que aumentem a capacidade do serviço em manejar esses momentos críticos (e de crises) em perspectivas públicas: aliançar com os usuários a participação na condução de suas demandas, o controle sobre suas decisões e escolhas, sem abandonar nossas responsabilidades institucionais a propósito de desenvolver práticas de cuidado cada vez mais públicas nas políticas de atenção à saúde mental; e garantir que o serviço se organize de modo a produzir reuniões de equipe entre profissionais do mesmo setor e de outros setores.

Houve um grande desconforto com esse caso nos efeitos que a prática da orientação produziu nesse encontro. Em todos os cenários possíveis que consegui considerar após tal atendimento, encontrava a angústia de a devolver ao contexto de desamparo. Em todo período de repensar o caso, vem a sensação aterrorizadora de que também não havia muito o que ser feito. Também há o risco de, por ser uma UBS, estando próxima da população, recebermos ameaças (e não é incomum, pois aconteceu com a enfermeira na

UBS algumas semanas depois) e isso pode nos gerar medo em tomar decisões que denunciam algo ou alguém da população adscrita.

Em todos os fatos, no final, sinto que somos endereçados a nós mesmos. Enquanto resta à mulher vítima de violência certa desesperança. Ao autor da violência, certa condescendência. Há inúmeras falhas na rede de proteção às vítimas de violência doméstica (medidas protetivas de distanciamento são facilmente infringidas, por exemplo), principalmente naquelas que nos distanciam de uma responsabilidade coletiva, de um cuidado público. Aqui, é necessário pontuar que caberia tentar buscar o marido da idosa também para o serviço de saúde ou outros serviços do qual necessitasse.

O próprio serviço e a organização do trabalho que no município vêm sendo elaborados poderia ser reconstruído para que existam maiores possibilidades de se atender tal demanda de maneiras mais abrangentes. Mas, como estamos criando espaços para essas mulheres? Normalmente, por não serem feitas análises, algumas ações são vistas como práticas de cuidado, mas podem, efetivamente, não cuidar se considerarmos que cuidado estabelece-se no firmamento de uma relação<sup>5</sup> e implicado às dimensões públicas de cuidado: como exemplo, tem-se a estratégia de matriciamento em saúde.

o matriciamento constitui-se como uma importante estratégia de articulação de saberes para a construção contínua de conhecimentos outros que possam assegurar uma visão ampliada dos sujeitos — que não separa a saúde da saúde mental — de modo que eles passem a ser cuidados integralmente. Em outras palavras, o apoio matricial surge como arranjo organizacional potente para a formação em saúde de modo a integrar dialogicamente as distintas especialidades e profissões rumo a efetivação de uma clínica que se pretende ampliada (IGLESIAS; AVELAR, 2016, p. 365-366).

Encontramos, nesse caso, uma ruptura do cuidado em seus aspectos multirreferenciais, uma lógica que nos leva a pensar sob uma fragmentação das soluções ao designar um caso dessa complexidade como exclusivo de um único profissional (no caso, da psicologia) que interviria na situação, apresentando uma série de passos a serem seguidos. Sabemos que isso nos diz sobre a conservação de práticas de saúde mental que excluem o saber dos usuários e

---

<sup>5</sup> Bellacasa (2012).

escondem que produção de saúde mental é feita em rede e que, se esse cuidado está fora da rede, falaremos de tutelar a partir de referenciais hegemônicos em estruturas de poder-saber centradas unicamente no saber de profissionais.

A partir deste relato-imaginado e com Delgado (2006), analisa-se a complexidade do que é o trabalho que se vincula às pessoas em seus territórios. Se, por um lado, a aposta é que no território podemos tecer um trabalho em corresponsabilidade, que prima pela autonomia do usuário, também é no território que se encontram as mazelas, as violências, o sofrimento constante, a desesperança, a angústia, as brutalidades.

Se aceitamos o argumento de que esta é uma clínica do território, isto significa dizer que tal clínica vai construir, num labor permanente, a relação com o território. O que vai nos trazer diversas indagações, e constituirá, na verdade, uma das mais importantes angústias do nosso ofício. Porque o território é também desamparo. O território não nos garante nada. O território é um desamparo absoluto (DELGADO, 2006, p. 61).

Essa angústia será mais ou menos persistente de acordo com as possibilidades de articulação de uma ampla rede de serviços em saúde mental que sustente, de alguns lados, o desamparo dos territórios para usuários, e, por outros lados, as angústias desse ofício para os trabalhadores, para que assim coeficientes de corresponsabilização se efetivem em cuidado.

O cuidado, pensado aqui, junto de Bellacasa (2012), é feito na relação e só pode ser construído nela, numa interdependência. Segundo a autora, para que a vida possa existir, em algum momento, algo ou alguém teve por obrigação (não por uma moralidade, mas por concomitância à existência da vida) estar cuidando. Portanto, o cuidado é criação de relação. A autora alerta para não cairmos em uma certa dimensão de que o cuidado passe a ser entendido por um mundo idealizado do cuidar.

(...) cuidar ou ser cuidada não é necessariamente recompensador e confortante. Uma visão do cuidado inspirada no feminismo não pode ser baseada no desejo por um mundo liso e harmonioso, mas em ações práticas cotidianas, que promovam o engajamento com os problemas inerentes às existências interdependentes (BELLACASA, 2012, np).

Com isso, é possível aceitar, ao cuidar, certo manejo também de desconfortos inevitáveis. Estes podemos considerar como os desamparos presentes nos territórios, as angústias das situações que parecem insolucionáveis, dos

sofrimentos incuráveis, das mazelas sociais, da insubstituível incerteza e da ausência de garantias que se produzem nos territórios.

Na incidência de produzir uma clínica do e no território (a partir da Reforma Psiquiátrica), Delgado (2006) aponta alguns caminhos de uma clínica que tem como sujeito este produzido na relação, em uma produção de subjetividade que não se dá dissociada do território ou por uma subjetividade interna ao sujeito — como vem sendo empregada por práticas hegemônicas de cuidado pautadas em concepções individualizantes do sujeito.

(...) como se restasse para a clínica apenas uma dimensão, da intersubjetividade pura... como se existisse a intersubjetividade pura. Pois já dissemos que esse sujeito é sempre um sujeito em relação. Portanto, não existe subjetividade fora do território, não existe intersubjetividade fora desse território complexo e, também, fora desse cotidiano que é o tempo da clínica (DELGADO, 2006, 61-62).

Essa relação potencializa-nos na construção de projetos (e clínicas) em saúde mental que prezam pelo cuidado (e pelo sujeito) territorializado, com organizações dos serviços que, de fato, garantam a universalização do cuidado, a equidade e integralidade das ações em saúde mental.

Se queremos produzir novos efeitos que mirem o cuidado integral às pessoas, precisa-se mudar a forma como se organiza o trabalho em saúde. Não é possível produzir um cuidado em saúde mental, nesses casos, que se baste nas especialidades dos saberes em jogo no campo da saúde. Desse modo, o campo da saúde (sobretudo, na Atenção Básica) e dos saberes em psicologia é, por essência, espaço de trabalho multi/transdisciplinar. Nessa perspectiva, é possível se produzirem outras práticas e se analisarem outros efeitos — efeitos estes que se amarram aos princípios do SUS.

Não tentando dar conta de toda a discussão, pretendo abrir tais debates, entendendo que há limites, restrições, acúmulos, avanços e estagnações para todos nós trabalhadores nessas dimensões públicas das políticas de saúde. Trata-se de levantar questões para tornar públicas demandas urgentes na produção de saúde mental e de construção de vidas cada vez mais dignas de serem vividas. E isso envolve riscos que devemos assumir.

As questões levantadas pretendem abordar situações complexas que envolvem, por um lado, a organização do trabalho e o trabalho de psicólogo por meio de

dimensões públicas de políticas em saúde no campo de atuação da Atenção Básica, e, por outro lado, a disposição a um aprendizado no trabalho que se faz mediante os acontecimentos, no momento real em que, muitas vezes, é exigido de nós uma postura de prontidão ao outro, de afetação e de enlaçamento que se faz no instante.

## **10 DIMENSÃO TERRITORIAL DA ATENÇÃO BÁSICA**

O que aqui se chama “território” é uma abrangência de sentidos que encontra referência na filosofia de Deleuze e Guattari. Com eles, a noção de território é atravessada pelos movimentos da geografia e da história dos sujeitos, para além de limites marcados por fronteiras demarcadas. O território é construído nos agenciamentos que se produzem nas relações entre os corpos, os sujeitos, a política, a cidade, a natureza, a sociedade. O território comporta fluxos de processos que produzem subjetividades — modos de viver, de se organizar, de se relacionar com o mundo e com outras pessoas.

Encontramos, na AB, uma possibilidade viva de acessar, junto dos usuários, esses agenciamentos, os processos que compõem produções de territórios existências dos sujeitos que usam tal política de saúde pública em um território que é, ao mesmo tempo, demarcação de limites político-geográficos e expressões de modos de existir. Portanto, a noção de território é ampliada em sentidos, pois é articula tanto por concepções de limites físicos-geográficos (abrangência de uma UBS em um município, por exemplo) quanto por uma concepção psicossociológica (as relações sociais que estabelecemos com os serviços ou os modos de se organizar afetivamente em um município).

A noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo, que ultrapassa o uso que fazem dele a etologia e a etnologia. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo tanto a um espaço vivido, quanto a um sistema percebido no seio da qual um sujeito se sente “em casa”. O território é sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma. Ele é o conjunto de projetos e representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e nos espaços sociais, culturais, estéticos, cognitivos (GUATTARI e ROLNIK, 1996, p.323).

É nesses atravessamentos que composições muito singulares vão sendo criadas e passam a articular modos de viver em proximidades das UBS: os campos de futebol, as escolas, as praças que preenchem ou demarcam estilos de vida que produzirão em uma comunidade algumas formas de adoecimentos, as necessidades de saúde, os indicadores de saúde, os serviços, as queixas, as demandas, as atribuições de profissionais, os sentidos sobre o que é cura, os tratamento e saúde etc.

A partir dos princípios do SUS algumas diretrizes de funcionamento e planejamento foram desenvolvidas para efetivar os serviços e práticas de cuidado a nível nacional, estadual e municipal. Uma delas é a territorialização, que passa a ser melhor compreendida com as exigências da descentralização do SUS e os serviços ofertados pela ABS.

Para Faria (2013), a partir de Paim (1993), a descentralização é uma tentativa de tornar o SUS acessível, com ela o município ganha importância e o território. Esse movimento de descentralização da saúde cria caminho para a territorialização e com eles, outros princípios dos SUS ganham espaço e efetividade canto a canto do país. É com esse processo que poderemos assumir graus de universalidade, equidade e integralidade da assistência à saúde, não sendo possível, por exemplo, pensar a universalidade sem a equidade e sem a territorialidade, mas para isso “exige pensar a saúde como totalidade, não apenas como setor.” (FARIA, 2013, p. 132).

O processo de territorialização da saúde necessita que um território seja delimitado para as ações de saúde de um serviço (como uma UBS, por exemplo).

[...] a estruturação territorial dos serviços de saúde do SUS vem sendo feita no Brasil através da chamada ‘territorialização da saúde’. É uma técnica de planejamento, talvez uma tecnologia como quer Monken (2003), mas é também uma política de Estado utilizada para planejar a localização e os modos de inscrição territorial dos serviços de saúde nas diversas escalas. Destaca-se a territorialização dos serviços de atenção primária à saúde, pois estes, diferentes dos serviços ligados às especialidades, devem operar sobre uma base territorial muito bem definida (FARIA, 2013, p. 133).

As UBS são os equipamentos principais da territorialização. Nelas, a Estratégia Saúde da Família assume os trabalhos prioritários de efetivação desse processo. É a partir do território que se encontram os limites de atuação dos serviços e a população de responsabilidade deles.

Esse processo organiza o serviço da ABS e garante os primeiros acessos da população ao SUS. De todo modo, a territorialização é um processo de criação de territórios, uma tecnologia de planejamento de atenção à saúde, que se produz e é produzido com as práticas de profissionais de saúde da ABS (como já citado com a ESF).

Em termos práticos, pode também ser entendida como o processo de criação de territórios de atuação de unidades de atenção primária à saúde, justificando, assim, o uso do termo territorialização, ou seja, processo de criação de territórios. Esse foi o modo encontrado para se resolver a questão da definição das áreas de atuação dos serviços de atenção primária, ou seja, territorializando os serviços e cadastrando (adscrição de clientela, como é chamada) a população no seu interior (FARIA, 2013, p. 134).

Outra contribuição primordial de Faria (2013) para a compreensão da amplitude de sentidos que o território e a territorialização ganha é em torno de seus usos e da necessidade política de planejamento que esses conceitos operacionais de políticas de Estado comportam.

O primeiro uso que o autor aponta é a capacidade do território ser o ponto de partida para a construção de limites das ações de saúde, não o contrário. As necessidades de saúde que se fazem presentes em um território que determinam a organização dos serviços de atenção à saúde (quantas UBS, quantos Prontos Atendimentos terão em um município, quantidade de hospitais, quantidade de profissionais de determinada classe de trabalho, número de ESF em uma UBS etc.). O outro uso que o autor aponta é dado por uma continuidade deste anterior: a adequação dos serviços para atender às especificidades dos territórios. De modo que os serviços passam a ser organizados para atender às especificidades do território.

O contrário disso indica estratégias de controle de gestores, exercícios de poder autoritários e verticalizados que abandonam a democratização das políticas de atenção à saúde e fragilizam pilares da construção do SUS (como o controle social, por exemplo). A isso, pode-se dizer que se enfraquecem as dimensões públicas das políticas de atenção à saúde, ao passo que a garantia da territorialização e o fortalecimento do controle social, podem aumentar graus de operacionalização de dimensões públicas de políticas de saúde.

[...] toda a estrutura e o próprio modelo assistencial dependem não apenas de como são alocados os serviços, mas como são organizados

territorialmente suas ações. Sobretudo as ações de prevenção e promoção. Por isso, era necessário mais do que apenas delimitar territórios para os serviços, devendo haver uma relação de vinculação e pertencimento entre população e os serviços (FARIA, 2020, p. 4522).

Na história de construção de modelos de assistência à saúde no Brasil, a territorialização (e com a descentralização, universalidade, equidade, integralidade etc.) passaram por reformulações em seus modos de operacionalização.

De acordo com Faria (2020) a territorialização passou por estratégias que se orientam antes mesmo da inauguração do SUS como a política de Estado que temos hoje até novos arranjos em decorrência de alterações de regulamentações ou criação de novos planos de abrangência territorial dos serviços de saúde.

Por um trajeto histórico dessas estratégias, Faria (2020) oferece-nos um caminho que começa a partir da década de 80 com a municipalização-districtalização. Neste momento haviam os Sistemas Locais de Saúde (SILOS) e Distritos Sanitários (DS). Estas estratégias tiveram importância para desconstrução do modelo hegemônico (médico-privatista) da época, buscando a construção de um sistema descentralizado e apropriado localmente pelos mecanismos democráticos da participação social apoiados nas transformações produzidas pelas práticas da Reforma Sanitária.

No início da década de 90, em consonância com a formulação do SUS, o Programa Agentes Comunitários da Saúde em 1991 e o Programa Saúde da Família em 1994 deram seguimento à territorialização de maneira mais estruturada financeiramente e com planos programáticos melhores estabelecidos para a municipalização-districtalização dos serviços públicos de saúde.

A Norma Operacional Básica de 1996 foi outro importante instrumento de efetivo cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS em relação à municipalização-districtalização do sistema em relação à ABS. A NOB 96, segundo Faria (2020), delineia melhor as responsabilizações das entidades federativas, estabelece o Piso da Atenção Básica (PAB), incentiva a expansão da PSF (Programa de Saúde da Família), além de ser o primeiro documento oficial normativo do SUS a fazer menção à territorialização dos serviços (FARIA, 2020, p. 4524).

Diante a construção da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01 e 02 aprimora-se o processo de municipalização-regionalização da territorialização do SUS. O Plano Diretor de Regionalização estabelece relações regionais de ações e serviços de saúde compartilhadas entre municípios, tendo o Estado como coordenador e regulador desse processo de negociação (FARIA, 2020).

A regionalização aparece como alternativa para sustentar a universalidade e equidade necessária ao SUS, uma vez que a

municipalização, por si só, não é capaz, por razões políticas e organizacionais, de integrar o SUS e oferecer uma atenção universalizada e equitativa. Ao contrário, segundo Santos e Campos, a municipalização acabou fortalecendo ações de caráter clientelistas e privatistas e acentuou a ineficiência do Estado brasileiro em romper com os processos de centralização e o fracionamento municipal. (FARIA, 2020, p. 4524).

Com a criação do Pacto pela Saúde, outro momento do planejamento territorial do SUS é inaugurado para Faria (2020). É um movimento de municipalização-regionalização-redes de atenção.

No âmbito municipal com a ABS, no contexto do Pacto pela Saúde será instituída a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) em 2011. A PNAB estabelece a territorialização como ferramenta de orientação para o trabalho de todos os profissionais da AB na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Nesse contexto, a territorialização não é, unicamente, uma estratégia de planejamento dos gestores federais, estaduais ou municipais, mas figura como estratégia de cuidado. A isso nos interessa pensar as expressões de dimensões públicas das políticas de atenção à saúde e de cuidado que ganham força com esta tarefa de territorialização como diretriz profissional. Acessar os territórios existenciais de usuários do SUS é parte integrante do trabalho real de profissionais de saúde.

Em meio às mudanças das políticas de saúde apresentadas, o campo da assistência à saúde mental e o trabalho em psicologia foram alterados em conjunto. Jimenez (2011) e Medeiros (2020) trazem a necessidade de contribuição do trabalho em psicologia, desde a década 80, em equipes multidisciplinares nas ações de saúde da atenção primária. Aqui, encontramos reflexos das Reforma Psiquiátrica e da Reforma Sanitária em relação à nova

maneira de se pensar a integração mente e corpo e os processos de saúde-doença abordados com a incidência das questões sociais, econômicas e culturais (JIMENEZ, 2011).

A criação de alguns programas veio dando consistência à importância de se produzir condições para o tratamento de pessoas em sofrimento psíquico. Dimenstein (1998) aponta que o Programa de Reorientação Psiquiátrica Previdenciária (1982) já trazia condições de se desenvolver rede de atenção ambulatorial e serviços de atenção intermediária (como os hospital-dia, hospital-noite e pensão protegida), além da oficialização de psicólogos integrantes das equipes multidisciplinares.

Orientado por novos princípios da Saúde Mental, que privilegiava uma visão do paciente dentro do seu contexto, esse plano de reorientação psiquiátrica dava um certo lugar de destaque à equipe multiprofissional, e entre os atendimentos ambulatoriais prescritos, a Psicologia Clínica configurava-se como um deles (DIMENSTEIN, 1998, p. 60).

Em 1983, a Proposta de trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidade Básicas e em Ambulatórios de Saúde Mental elaborada pela Divisão Ambulatorial de Saúde Mental do Estado de São Paulo deu as primeiras providências em termos de ações para saúde mental em nível primário (UBS) e secundário (ambulatórios).

No entanto, para Dimenstein (1998), a realidade dos atendimentos em psicologia, principalmente na atenção básica, resultava em uma prática atrelada à descontextualização dos sentidos de saúde-doença e tratamento entre os usuários e profissionais. Neste mesmo estudo, a autora enuncia uma série de motivos que produzem esse efeito da descontextualização dos sentidos da prática de psicologia nos serviços públicos (que provoca o abandono do tratamento pelos usuários e a falta de reconhecimento social quanto à importância do cuidado em saúde mental): a formação em psicologia ser pautada por vieses hegemônicos que limitam a prática ao atendimento clínico sem conhecimento das atribuições do setor público; os modelos teóricos essencialistas e universalistas que predominam as formas de se pensar a subjetividade e modelos de mulher, família e sexualidade, por exemplo; algumas ideias de saúde e doença, possíveis tratamentos e curas, entendidas como técnicas universais que não são compartilhadas entre usuários do setor público;

há também o excessivo caráter ideológico liberal formativo nos cursos de graduação que favorecem abordagens, técnicas e habilidades que não se adequam aos contextos dos serviços públicos.

Podemos acrescentar que, há ali nas considerações de Dimenstein (1998), certa ausência de dimensões públicas das práticas em psicologia a partir das formações universitárias — muito embora estejamos já há quase 25 anos após tal estudo nota-se que o cenário das formações em psicologia ainda traz esses aspectos teóricos constituintes em seus currículos. Porém, esta não é uma história única e a superação de modelos essencialistas e universalistas também estão nessa disputa criando outras realidades — para os serviços públicos, principalmente.

De todo modo, trata-se de reconhecer nessas descontextualizações das práticas em psicologia um caráter de negação dos territórios como produtores das necessidades de saúde, das demandas e também dos tratamentos para o saber da psicologia e não o contrário disso.

Será em 2008, com a construção dos NASF que a psicologia ganha força enquanto componente das equipes multiprofissionais da ABS, na realização de apoio institucional e o registro de matriciamento (MEDEIROS, 2020).

[...] quando o Ministério da Saúde instituiu os NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família –, por meio da Portaria nº 154, a psicologia retornou oficialmente como profissão reconhecida na Atenção Básica. Visando mais uma vez à integralidade como diretriz, a Portaria prevê um profissional de saúde mental em cada núcleo como condicional ao seu funcionamento devido à “magnitude epidemiológica dos transtornos mentais” (Ministério da Saúde, 2008, parágrafo 1º, Portaria nº 154) (JIMENEZ, 2011, p. 131).

Porém, essa afirmação tem maior relevância quando há o NASF estabelecido como integrante da RAPS de um município ou região. Quando não há NASF, como é o caso deste estudo em Viana/ES, estamos falando de psicólogos alocados em UBS — mesmo que sem vinculação contratual em um ESF — ou fora delas em um estabelecimento da atenção secundária (no nosso caso, uma Policlínica). Em ambos os equipamentos temos notado a atuação de psicólogos no cuidado com transtornos menos graves, como apontado por Medeiros (2020):

Se o processo da reforma psiquiátrica foi responsável pela criação de serviços substitutivos para o atendimento aos transtornos graves e persistentes e ao abuso de drogas, os menos graves — mas mais

prevalentes, em especial a depressão e os problemas de aprendizagem e relacionamento social — ficaram ao encargo da equipe mínima da ESF (p. 7).

É relevante frisar aqui, que há uma outra organização no modo de se organizar os serviços de saúde mental quando olhamos para o caso de Viana/ES porque, em um momento quando nas UBS, desvinculados da eSF, os psicólogos estão realizando um trabalho instruído pela deslocalização territorial (por manter foco nos atendimentos, procedimentos e no trabalho psicoterapêutico) e pelas inexistências de organizações do trabalho do tipo multidisciplinar; e quando em outro momento, na atenção secundária, estão fazendo o mesmo que já era feito nas UBS, mas todos esses profissionais em um mesmo local, com maiores exigências de produção (número de atendimentos) e menores contatos entre profissionais de outros setores da saúde pelas dificuldades de se produzir dispositivos de conversas, reuniões e trabalhos em conjunto, embora com maiores possibilidades de compor trabalho multiprofissional.

Pensar na existência de psicólogos na atenção à saúde (básica, secundária ou terciária) e em equipes multidisciplinares é atuar na construção de territórios, inclusive, com a gestão e modos de organização dos serviços. E isso significará, produção de cuidado. Ou seja, atuar em dimensões públicas das políticas de saúde mental que efetivam práticas de cuidado com os usuários.

As UBS, ao fazerem parte dos territórios e articularem serviços de saúde, são equipamentos que podem ser excelentes dispositivos de criação de estratégias ampliadas de cuidado, principalmente quando pensamos em saúde mental em articulação com outros setores de serviços públicos. Ao entendermos a noção de território como território existencial, estamos apostando na composição de redes de trabalho em saúde — ou a afirmação da intersectorialidade como fundamento para o trabalho de psicólogos no cuidado em saúde mental.

### **Sobre o que (ou no que) apostar**

Recebo encaminhamento de uma psicóloga de outra UBS. Ela atende uma criança de dez anos e me encaminha o pai dessa criança.

O pai queixa-se de roubos e pequenos furtos que a menina realiza na venda da avó. Teme que essas ações a direcionem para, no futuro, uma vida de riscos e delinquência. Também por ser profissional da área de segurança, acaba recebendo muitos relatos de acontecimentos terríveis com pessoas que furtaram ou roubaram. Ele acredita já ter tentado de tudo para que a filha pare com esses comportamentos: desde práticas que tomam a conversa e tentativas educativas como estratégia (entende-se ser carinhoso, amoroso, atencioso, prestativo etc.), a outras práticas punitivas como amedrontamento, ameaças e agressões físicas.

Não consegue mais pensar em alternativas para lidar com a situação da filha. Sente-se exausto por todos os compromissos que são exigidos de si: trabalhar como chefe de segurança, cuidar dos filhos, comprar mantimentos para a venda da mãe, lidar com as responsabilidades financeiras da vida da mãe.

Nesse contexto, o pai sente-se desesperançoso. Sem encontrar alternativas, ele relata pretender entregar a filha ao Conselho Tutelar. Há forte resistência e cansaço da parte dele. Ele também relata não querer fazer isso, que seria uma decisão extrema, mas permanecer com ela realizando esses pequenos furtos poderia ser pior, porque poderia perder ainda mais a paciência e apenas investir em mais violências físicas.

Após esse atendimento, em contato com a psicóloga que o encaminhou a mim, exponho minha preocupação com o desfecho que ele anuncia. Ela indica que a família também é acompanhada pelo CREAS do município. Então, sugere que façamos uma reunião entre nós três que estamos envolvidos sob dimensões diferentes para um estudo mais amplo do caso.

Esses acontecimentos já nos indicam algumas direções interessantes sobre o que uma perspectiva pública de cuidado sugere: a conexão entre profissionais de setores diferentes envolvidos em um caso, a discussão das possibilidades de cuidado de forma ampliada, o exercício de corresponsabilização entre serviços e família na superação de conflitos, análises e avaliações mais bem elaboradas para a continuidade do cuidado.

O sofrimento do pai é latente, a falta de esperança e de recursos é existente, a ausência de alternativas já percorre seus pensamentos e ações. A psicóloga que acompanha a menina na UBS relata que a filha demanda por mais

atenção, carinho, amor e menos brigas, correções e agressões do pai. A psicóloga e o serviço do CREAS conhecem melhor a dinâmica da família — com suas contradições, conflitos, apoios, divergências; enfim, todo um jogo de forças que compõem as relações familiares — e sua relação com o território. Essa reunião abre caminhos ao criar a possibilidade de novos contornos ao caso. Posso avançar com o pai sobre as maneiras punitivas que vêm utilizando para educar suas filhas; a psicóloga que acompanha a filha pode avançar na percepção que ela tem sobre a madrasta e seus conflitos familiares; a psicóloga no CREAS pôde acessar novas dimensões da história e junto de outros profissionais do serviço elaborarem outras intervenções junto da família.

A efetivação de criarmos um espaço que amplie os horizontes, trace planos diferentes que perpassam as demandas de uma família e discuta como as manejar em um grupo de profissionais de serviços diferentes, com perspectivas e histórias diferentes sobre um caso, demonstra um lado do que chamamos aqui de dimensão pública de políticas de saúde mental que produzem possibilidade de cuidado e de assistência em saúde mental. É, assim, necessário compactuar relações entre setores no município, instituir essas práticas, compactuar compromissos, investir em relações diversas, afirmando os princípios já preconizados pelo SUS e RAPS: universalidade, integralidade, equidade, territorialidade, resolutividade.

É preciso também fugir do risco de se entender que há um único lugar essencialmente capaz de se produzir cuidado: o consultório médico, o consultório psicológico, o consultório de dentista, os estabelecimentos de saúde etc., já que, tanto cuidado, quanto acolhimento, são feitos nos serviços a partir de suas organizações de trabalho. Esse entendimento é o que nos permite acessar dimensões públicas de políticas de saúde mental em que se propõe a possibilidade de se efetivar um serviço em saúde em que compareça, em sua organização, certo caráter público do cuidado e do acolhimento, com maior resolutividade e autonomia dos usuários em suas histórias.

Não se trata de produzir um manual ou protocolos de práticas clínicas, mas avançar análises em perspectivas públicas, construindo outras políticas de saúde mental para desenvolver outras práticas de cuidado com novos efeitos a serem analisados.

Nesse relato-imaginado, acessamos uma estratégia de condução de casos entre equipes que, situadas em serviços diferentes, compactuam responsabilidades frente a um contexto familiar que tem produzido diferentes sofrimentos em cada ente.

A possibilidade de abrir conversas, pensar em conjunto, analisar a situação com profissionais de outras áreas ampliou a maneira como poderíamos, nas UBS, ofertar um serviço mais coerente com a situação que tanto a filha quanto o pai passavam. A isso entende-se como efetivação de integralidade da atenção, quando compreendemos a integralidade como: “Pessoas inteiras, com corpos que têm histórias e histórias que se constroem com seus corpos, acho que até hoje não encontrei melhor expressão para remeter ao significado de integralidade na atenção à saúde.” (AYRES, 2013, p. 28).

Criar acesso à integralidade na atenção à saúde ocorre ao percorrer caminhos que nos levam à efetivação dessas dimensões públicas das políticas de saúde na construção de espaços de avaliação do serviço que está sendo oferecido à população, no compartilhamento de cuidado entre setores, na corresponsabilização de ações dos serviços existentes no território, etc. Para isso, é imprescindível a execução de estratégias, novamente, como o matriciamento, reuniões entre profissionais, organização do serviço orientada a partir das diretrizes da RAPS, principalmente, como neste caso, no que diz respeito à organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado.

É preciso analisar que a RAPS, como uma rede, não se efetiva apenas a partir da construção de seus pontos (estabelecimentos de atenção à saúde, por exemplo) ou dos encaminhamentos nessas linhas de ponto a ponto que produzem certo trânsito de pessoas pela rede. A efetivação da rede passa pelo aquecimento — essas estratégias que vêm sendo apontadas como práticas em dimensões públicas das políticas de saúde mental, como matriciamento, referência e contrarreferência, reuniões entre setores, reuniões de avaliação do trabalho dentro dos serviços, discussão de casos etc. — dos pontos e linhas dessa rede que tramam e sustentam o cuidado em saúde mental.

As redes podem ser entendidas de acordo com suas seguintes configurações:

estruturas espaciais tendo sua existência guiada pelo número de conexões que contém. Um espaço conectado, constituído por uma rede móvel de pessoas e tecnologias nômades que operam em espaços físicos não contínuos. Assim, para integrar esses espaços, um nó (um serviço ou um indivíduo) não precisa compartilhar o mesmo espaço com os outros nós da rede móvel. O espaço híbrido é composto pela implicação de lugares diferentes e descontínuos (SOUZA, SILVA, 2004, p. 283).

Ferigato, Carvalho e Teixeira (2016) articulam essa ideia de rede para afirmar a construção de redes sociais e subjetivas entre serviços de diferentes setores (a Saúde, a Educação e a Assistência Social, por exemplo) como possibilidade de produção de transdisciplinaridade, de construção de redes de cuidado e de ampliação de abordagens para o setor saúde.

Os mesmos autores, definem a intersectorialidade como

a articulação de saberes e experiências no planejamento, na realização ou na avaliação de ações, com o objetivo de alcançar resultados integrados em situações complexas, visando a um efeito sinérgico no desenvolvimento social (FERIGATO, CARVALHO, TEIXEIRA, 2016, p. 17).

Não podemos entender a intersectorialidade como algo que, somente pela existência de dois setores que funcionem em suas práticas previstas, efetivamente aconteça. Portanto, aqui entendemos a intersectorialidade como um acontecimento que se passa nas conversações, na produção de redes que ativadas articulam maiores possibilidades de cuidado em dimensões públicas.

A intersectorialidade é pensada aqui como parte integrante, essencial dos serviços de saúde e necessária à organização do trabalho em psicologia na saúde.

É comum se partir das limitações dos equipamentos de saúde em fazer frente à amplitude dos determinantes da saúde, para justificar a necessidade de uma ação intersectorial. Aqui, o caráter intersectorial do trabalho em saúde é dado primeiro e o que interessa é discutir qual a contribuição efetiva dos equipamentos de saúde para essa tarefa amplamente coletiva que é produzir saúde (TEIXEIRA, 2004, np).

É válido pensarmos junto desses conceitos das redes, das conversações e da intersectorialidade, como no relato-imaginado proposto, de que forma os setores Saúde e Assistência Social comunicaram-se em torno de um caso, objetivando ampliação de acolhimentos aos sofrimentos e produções de saúde para a família em questão.

Quando se propõe conversar, reunir, criar vínculos entre trabalhadores com diferentes saberes, aquecem-se redes, movimentam-se práticas mais contextualizadas aos casos que os profissionais estão implicados.

No relato-imaginado pensado, trabalhadores da Saúde puderam buscar novas estratégias de cuidado enquanto trabalhadores da Assistência Social puderam acessar novas dimensões de cuidado que não tinham contato ainda.

Esse movimento de conversas é importante para nós, pois é com eles que podemos acessar dimensões públicas nas políticas de atenção à saúde mental, além de práticas inovadoras e contextualizadas, que priorizem as especificidades de cada caso e afirmem a existência efetiva, por exemplo, dos serviços substitutivos propostos na Reforma Psiquiátrica.

Se a efetivação de uma rede de serviços substitutivos integrada entre si e com outros equipamentos sociais presentes nas comunidades é algo imprescindível para o avanço da reforma, esse é um dos aspectos que apresentam mais fragilidades, pois, de fato, ainda não dispomos de uma rede ágil, flexível, resolutive, onde o trânsito dos usuários é facilitada e o mesmo é acolhido em suas diferentes demandas. Identificamos muito mais serviços isolados, que não se comunicam, fechados em suas rotinas (DIMENSTEIN, LIBERATO, 2011, np.)

Tal isolamento produz práticas que trazem efeitos, muitas vezes, de enfraquecimento das redes de cuidado e das dimensões públicas das políticas de saúde mental, desarticulando, portanto, pilares que organizam as estratégias de cuidado territorializadas propostas com a RAPS e na Reforma Psiquiátrica.

Aquecer a rede, produzir conversas e apostar nas propostas da RAPS e da Reforma Psiquiátrica acontece, também, nesses expressivos movimentos singulares narrados no relato aqui apresentado.

## **11 SOBRE O TRABALHO DE PSICOLOGIA EM SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

As organizações fundamentais da AB dão-se na construção de territorialidades para a execução de ações de promoção à saúde. Para que o trabalho em psicologia efetive-se nessas dimensões territoriais, é imprescindível que as

formas de organização dos serviços afirmem-se em processos de subjetivação que assumam alguns fundamentos centrais, como a multidisciplinaridade, o cuidado em liberdade, as redes de atenção à saúde e a ampliação da noção da clínica para além de uma análise de um indivíduo a ser ajustado. Fazer esse atravessamento acontece com mudanças através dos processos de subjetivação presentes nas organizações dos serviços.

Pensar nas possibilidades de construir algumas arrumações teóricas para o campo da saúde mental e das noções do trabalho em psicologia, que se fazem nas afetações dos momentos nesse espaço, principalmente na Atenção Básica, requer que seja posto que isso se dá a partir de escolhas ético-políticas que encaminham nosso olhar para uma dimensão muito além daquela que propõe um corpo biológico com variações — algumas vezes desfavoráveis — para os sucessos bioquímicos ou fisiológicos desse corpo.

Portanto, aqui, parte-se do entendimento, segundo Canguilhem (2012), de que

O homem só é verdadeiramente sã quando é capaz de muitas normas, quando ele é mais do que normal. A medida da saúde é uma certa capacidade de superar crises orgânicas para instaurar uma nova ordem fisiológica diferente da antiga. Sem intenção de brincadeiras, *a saúde é o luxo de poder cair doente e de se levantar. Toda doença é, ao contrário, a redução do poder de superar outras.* (p. 183). Grifo meu.

Daí, podemos seguir que se, em um momento da vida, essa capacidade nos escapa, é possível, com variadas estratégias, encontrarmos outras normas que dão contorno para essas situações. Isso nos vale para as variações tão biologicamente descritas, quanto para as de ordem mental ou psíquicas — que algumas vezes também carregam funcionamentos biológicos nos padrões científicos.

(...) o doente mental é um 'outro' homem e não apenas um homem cujo distúrbio se prolongue, aumentando-lhe o psiquismo normal. Nesse domínio, o anormal tem verdadeiramente a posse de outras normas. (CANGUILHEM, 2012, p.184).

Dessas considerações, é permitido pensarmos que algo que se passa no processo saúde-doença é, em todos momento/seus possíveis, uma noção de produção de saúde. É também um encorajamento a lidarmos com esse campo a partir de considerações que envolvem não só conhecimentos científicos e

técnicas estabelecidas a partir deles, mas também práticas ético-políticas que abrigam o cuidado em termos da criação de vínculos.

As boas práticas em saúde mental dependem tanto de uma dimensão profissional, quanto de uma pessoal, em que portadores de transtorno buscam formas de levar a vida com o máximo de liberdade possível, apesar da sua dificuldade. Por isto, várias correntes têm apontado como objetivo das práticas de saúde mental, não somente a remissão de sintomas, mas, principalmente, ampliar a capacidade de cada um de lidar consigo mesmo e com outros. (CAMPOS *et al.*, 2013, p. 2802).

A partir disso, num contexto do trabalho na Atenção Básica,

Poderíamos dizer que todo problema de saúde é também — e sempre — de saúde mental, e que toda saúde mental é também — e sempre — produção de saúde. Nesse sentido, será sempre importante e necessária a articulação da saúde mental com a Atenção Básica. (BRASIL, 2005, n.p).

E toda essa produção dá-se na disputa de processos de garantir mais e mais relações sociais que favoreçam possibilidades dignas de se viver e elaborar outras/novas normas de existir.

A participação nesse processo, como profissional, exige uma disponibilidade ao contato com o imediato, no momento frente às demandas de usuárias e de usuários dos serviços de saúde. Muitas vezes pegos de sobressalto, com a garganta apertada frente ao relato de uma vida em riscos, faltam palavras, faltam ferramentas, falta de um tudo. Esse contato prescinde de abertura ao novo, ao inesperado, ao imprevisível, ao implacável. Qual reação é adequada a esse colapso? Como agir? Para onde seguir?

Recorre-se a Varela (2003) para traçar um plano de pensamento que faça caber sentidos, que nos faça indagar os fazeres desses momentos colapsantes. O autor apresenta o termo “colapso” como um evento que nos tira da “prontidão”, mobiliza-nos para ação em outro acontecimento que chegou em repentino. A essas intercorrências, o autor denomina como “microidentidade” e a situação emergente como “micromundo” (p.77).

Eu poderia discorrer um pouco sobre fenomenologia elementar e identificar alguns micromundos típicos dentro dos quais nos movimentamos ao longo de um dia normal, porém a questão não é catalogá-los, mas direcionar sua recorrência: *ser capaz de ações apropriadas é, num sentido significativo, uma maneira pela qual corporificamos uma torrente de transições de micromundos recorrentes.* (VARELA, 2003, p. 77). Grifo meu.

Corporificar pode ser entendido como uma disposição ao aprendizado que se dá no momento, no imediato do vivido.

(...) ter um corpo é aprender a ser afetado, ou seja, efetuado, movido, posto em movimento por outras entidades, humanas ou não-humanas. Quem não se envolve nesta aprendizagem fica insensível, mudo, morto. (...) O corpo é, portanto, não a morada de algo superior — uma alma imortal, o universal, o pensamento — mas aquilo que deixa uma trajetória dinâmica através da qual aprendemos a registrar e a ser sensíveis aquilo de que é feito o mundo. (LATOUR, 2007, p. 39).

Essa noção é bem cara por nos facilitar a pensar que o aprendizado do fazer profissional (no nosso caso a psicologia e os atendimentos e acompanhamentos clínicos) acontece pelo vínculo, no contato, na afetação, no sensível, na relação, no concreto do corpo-que-aprende-a-ser porque não está só. Portanto, questiona-se o que vem sendo designado por um modelo de “clínica individual”.

Kastrup (2007) nos ajuda a pensar a enação como um tipo de ação que acontece a partir e junto de processos sensório-motores com uma cognição encarnada, vivida. Esse processo apresenta-nos também uma outra forma de conhecimento.

Esta remete, em primeiro lugar, a uma cognição corporificada, encarnada, distinta da cognição entendida como processo mental. É tributária da ação, sendo resultante de experiências que não se inscrevem mentalmente, mas no corpo. A enação é um tipo de ação guiada por processos sensoriais locais, e não pela percepção de objetos ou formas. Os acoplamentos sensório-motores são inseparáveis da cognição vivida, aí incluídas acoplamentos biológicos, psicológicos e culturais. Entendida como corporificação, a estrutura cognitiva surge da recorrência dessas conexões sensório-motoras. A corporificação do conhecimento inclui, portanto, acoplamentos sociais, inclusive linguísticos, o que significa que o corpo não é apenas uma entidade biológica, mas é capaz de inscrever-se e marcar-se histórica e culturalmente. (KASTRUP, 2017, p. 181).

Como desdobramentos de uma contestação à noção de uma “clínica individual”, Vieira e Neves (2017) tecem análises importantes para discussão dos atravessamentos entre Atenção Básica, clínica e território:

De algum modo, o encontro Saúde Mental e Atenção Básica com seu plano de tessitura com/no território chama-nos atenção justamente pelo movimento transversal que opera, ao entrecruzar as mais variadas interfaces políticas, econômicas, sociais, culturais, sexuais etc., desestabilizando os limites identitários das disciplinas e produzindo diferenciações no próprio conceito de clínica. Neste sentido podemos operar uma problematização do paradigma racionalista no binômio problema-solução/causa-efeito quando experimentamos a construção de uma ação no território que se afirma muito mais na força das próprias experiências e nos efeitos terapêuticos que produzem. Cabe-nos, pois, pensarmos em uma prática ética de produção de cuidado no

território que se efetiva e se sustenta afetivamente com/na tessitura de redes instituintes aquecidas no/pelos encontros-agenciamentos que fazemos. (p. 31).

Com o exposto, parto da compreensão de que, não bastando a integração Saúde Mental–Atenção Básica com o fazer-saber em psicologia, é necessário analisar os efeitos de nossas práticas nesse espaço de atuação e isso se dá também pela análise das construções históricas de políticas de saúde mental e suas dimensões públicas no município.

### **É Setembro Amarelo. Por que há um Psicólogo mal-humorado na Unidade de Saúde?**

Domingos parecem infinitos e sempre tristes. Essa percepção parece inquestionável nesta noite para Ana. Mais adiante, nada muito atraente na segunda-feira que se aproxima. Um compromisso muito cedo na segunda começa a lhe causar a fatídica ansiedade do início da semana. Tenta consolar-se que chegará mais tarde ao colégio.

O irremediável exame de sangue na Unidade de Saúde (US) foi marcado para às 7h. No dia anterior, recebera no aplicativo de mensagens um convite de sua Agente Comunitária de Saúde para uma palestra com o Psicólogo da US durante a coleta de sangue.

— Estranho., pensou. Porém, é Setembro Amarelo... Importante falar sobre suicídio.

Chega a manhã e ela está a caminho da US. Para quem nunca se deu bem com essas intervenções no corpo parece um martírio. Ana chega aflita à US, sabe que além do exame ainda tem a espera que amplia seu descontentamento.

Já na US percebe a decoração do ambiente em amarelo e branco. Um mural com frases em letras recortadas. As pessoas sentadas com senhas em mãos. Ela reconhece algumas delas.

— Queria ‘desver.’, balbucia com deboche por trás da máscara.

Para conter a ansiedade imanente do furo na veia que virá, começa a se atentar aos movimentos na US. Um em especial lhe pega de sobressalto: O Psicólogo anda de um lado para o outro, fecha e abre portas entre as salas do pequeno prédio. Ana nota uma insatisfação no olhar dele, mas nada pode dizer sobre os resmungos que quase conseguiu decifrar quando passou perto dela.

— O que será que ele tem? Não é ele quem vai falar agora? Não parece aquele nervosismo de quem apresentará um trabalho que estudou pouco. Que raiva é essa? Será que não gosta de Setembro Amarelo... É tão importante. Poderia estar mais empolgado... Mas, pra falar de um tema tão pesado? Será que ele não gosta de falar sobre isso?

São tantas questões que ela começa a se entreter e a esquece um pouco da agulha. Ainda focada nessa irritação do profissional, busca ficar próxima dele e da Atendente para tirar alguma pista do que se passa com ele.

— Isso é horrível! Eles falam para gente fazer esse minievento aqui, que é até legal e tudo... a gente precisa falar mais dessas coisas. Mas, não é só em setembro que se faz prevenção. Depois vira mídia, tiram as fotos, falam que fazem muito... Mas de outubro a agosto estamos na mesma: sem CAPS, sozinhos nas US, com poucos profissionais para o município todo. Mantêm-se as violências que empurram pessoas ao desespero e desamparo e, depois que se suicidam, perguntam-se por que disso, falam que foi fraqueza...

Talvez tenha sido a decisão correta ter roubado essas informações da conversa-reclamação do psicólogo. Era o que ela pensara ao querer “desver” uns rostos: o senhor ali do lado já foi visto algumas vezes com xingamentos racistas para os meninos que jogam bola na rua; a mulher ao fundo é amiga de sua mãe e, quando vai a sua casa, não deixa de questionar ou fazer piada sobre a sexualidade de Ana; o rapaz ali, religioso dos mais queridos, transfóbico dos mais decididos.

A palestra começa e termina e Ana se dá conta de que o trabalho em prevenção é para além de uma decisão individual e que envolve mais do que trabalho de consultório, que é mais do que uma ação educativa das 7h às 7:30h, que coletivizar cuidados é mais necessário e difícil do que se parece.

— Mas que ideia estranha falar de suicídio enquanto as pessoas estão sendo furadas!, indaga-se Ana.

Por sorte (ou não), sua vez de tirar sangue ficou para depois da palestra.

No município, é demandado a nós (leia-se: demandado aos psicólogos. Por hora, ao que parece, falar sobre a prevenção ao suicídio é de caráter exclusivo aos profissionais deste saber) que realizemos ações nas UBS em que trabalhamos. Essas ações consistem, em sua maioria, em falas nossas sobre saúde mental, momentos de crise, os serviços que disponibilizamos nas UBS, prevenção e posvenção ao suicídio, como e quando procurar ajuda.

Na maior parte das UBS, essas ações acontecem quando se marca a coleta de sangue da população (que acontece uma ou duas vezes por semana), porque é o momento em que mais pessoas estão indo às UBS ao mesmo tempo e poderão dar mais volume e visibilidade à ação. Essa estratégia acontece em meses com outros temas, prevenções e cores também, enquanto se denunciam aos pés de ouvidos certa captura e proveito político do momento por parte das gestões municipais com fotografias e publicações na internet.

Não pretendo abordar o suicídio e suas implicações em suas inúmeras causas. Mas, questionar como uma ação no serviço pode estar deslocada de certas dimensões públicas e reais de prevenção e, de modo geral, de cuidado. Isso não se trata de dizer “*Vejam como as coisas não são feitas corretamente em Viana*” ou “*Não é por aí que se deve ir*”. Trata-se de colocar em questão movimentos políticos de enfraquecimento das condições de se produzir o viver de vidas mais dignas. E isso não é responsabilidade apenas de um município e tão pouco exclusivamente deste de onde se fala.

O aumento da fome, o desemprego, a precarização do trabalho, o subfinanciamento histórico do SUS (e o avanço de políticas que dificultam ainda mais o financiamento da AB — a exemplo do novo modelo de financiamento da AB via Programa Previne Brasil —), uma pandemia que já levou à morte mais de 650 mil brasileiros — e que foi exaustivamente menosprezada e tornada palanque de discursos negacionistas ou de antivacinação pelo presidente do Brasil —, o esfacelamento de portarias que sustentam políticas de cuidado territorializado em saúde mental (levando ao enfraquecimento dos CAPS e as

Residências Terapêuticas, por exemplo), a defesa da eletroconvulsoterapia como tratamento para transtornos mentais por parte do Coordenador Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde etc, são movimentos de políticas que enunciam um cenário que favorece o resgate de “*práticas de cuidado*” (que notadamente não cuidam coisa alguma!). Na realidade, são práticas que mais favorecem e empurram qualquer ser humano em crise (ou não) ao desespero de uma vida quase sem alternativas.

Algumas práticas de cuidado caminham para limites em que mais aparecem suas fraquezas: a ausência de dimensões públicas de cuidado. Pois esquecem-se de que cuidado se produz em rede (daí, então, passa a ser responsabilidade individual produzi-lo); esquecem-se de que cuidado é relação (daí se fragilizam os serviços territorializados); esquecem-se de que o cuidado se efetiva no plano do real (daí não se aposta na territorialização, na integralidade, na equidade e na universalização da atenção). Cuidado em saúde mental dá-se em pontos de contato no entre políticas de saúde (que efetivamente produzam práticas de cuidado em serviços de uma rede de atenção em seus movimentos públicos de cuidado) e os direitos de usuários dessas políticas.

Há nesse relato-imaginado algumas pistas que nos permitem analisar a existência de disputas de projetos políticos no campo da saúde em torno de Políticas de Estado, Políticas de Governo e Políticas Públicas, apesar de não necessariamente uma Política de Estado, Política de Governo ou Política Pública estar implicada sob dimensões públicas de políticas de saúde mental.

O SUS, como uma Política de Estado — que independente de grupos políticos que exercem o poder de decisão em um dado momento —, foi instituído a partir de inúmeras lutas, debates, apostas e construções coletivas e tem se desenvolvido a partir da efetivação de direitos ao acesso irrestrito e gratuito a todos que estejam no território nacional.

No entanto, também nesse campo de disputas que é o SUS, existem certas Políticas de Governo, como essas que visam o desmonte da RAPS e a disponibilização de mais recursos financeiros para Comunidades Terapêuticas e leitos psiquiátricos ou a reestruturação do financiamento da AB.

O jogo de forças desse campo tem apresentado outras (novas e velhas) práticas de cuidado, sobretudo em relação à saúde mental. São projetos que carregam modos de operar a assistência em saúde sob noções de saúde, doença, sujeito, cuidado e acesso — como o sempre presente interesse em transformar o SUS em um serviço pago, por exemplo. E, dessas noções, algumas estratégias têm ganhado espaço, como é o caso da insistência na utilização de eletrochoque para alguns transtornos severos, aumento de recursos para custear leitos psiquiátricos, aumento de investimento nas CT e diminuição dos recursos para os CAPS.

Como afirmam Cruz *et. al* (2020), há em curso um redirecionamento da Política Nacional de Saúde Mental em relação ao modelo assistencial, porém este redirecionamento tem se dado

(...) sem qualquer debate com os profissionais e pesquisadores do campo da atenção psicossocial, ignorando instâncias legais como o CNS, as quatro Conferências Nacionais de Saúde Mental realizadas (Brasil, 1988, 1992, 2002, 2012), e toda a legislação nacional e internacional que ampara o modelo da reforma [*Psiquiátrica*] (...) (p. 15). (Grifo meu).

Esse caráter autoritário das instâncias do Governo Federal pode ser analisado como marca-base da construção das Políticas de Governo desde o Golpe de 2016, tendo se fortalecido nos últimos quatro anos e produzido estratégias no campo do trabalho real na saúde que não caminham em direção à construção de dimensões públicas das políticas de saúde mental.

Uma Política Pública dá-se na efetivação de dimensões públicas dessa política. Tanto Políticas de Estado quanto Políticas de Governo, direcionam-se ao público (entendido como acúmulo de pessoas, sociedade, grupos), porém não é por essa direção que uma política se torna, de fato, pública. Tornar-se pública diz respeito à capacidade que uma política tem de ser afetada a partir do controle social, por exemplo, quando ela é produzida e produz socialmente sua existência. Ao afirmar que há dimensão pública em uma política, estamos dizendo que há nela uma transformação que é reconhecida a partir da população à qual ela é direcionada. Quando o público é parte integrante da construção, da manutenção e das transformações nesta política. Quando uma política passa a ser da cidade, das pessoas.

No campo do trabalho, tais dimensões públicas de uma política de cuidado é visível quando um usuário, ao acessar um serviço de saúde mental, tem garantido o direito de dizer para qual direção seu tratamento deve ir em conjunto com os profissionais que estão lidando com seu sofrimento.

## **12 EXPERIÊNCIA DO TRABALHO EM PSICOLOGIA NA SAÚDE MENTAL NO MUNICÍPIO DE VIANA**

Nas UBS, os espaços de atendimento dos profissionais em psicologia, na maioria das vezes, são consultórios médicos ou salas improvisadas, dependendo das exigências e demandas na UBS ou da arquitetura do prédio — alguns são da primeira década de 2000 e outras construídas ou reformadas e ampliadas recentemente. Por condições materiais e de espaço, a realização de alguns atendimentos fica fragilizada. É o caso do atendimento com crianças na primeira infância ou com autismo. Nesses casos, tem sido possível dar continuidade em atendimentos com as mães, pais ou outros familiares/cuidadores.

Casos de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes não apareciam recorrentemente nas UBS. Ainda há uma tendência ao isolamento dessas pessoas, seja por entendimento da família (após a medicalização, o necessário já está feito) — uma vez que também não se têm produzidas demandas estruturadas e direcionadas às UBS nesse sentido — ou pela organização dos serviços e do processo de trabalho, uma vez que não vêm construindo condições para a efetivação dessa oferta de serviço.

Esse cenário reflete posições políticas na história de construção de uma atenção à saúde mental no município, as quais desprestigiam o cuidado coletivizado e em rede — construído a partir de um jogo de forças e de serviços que efetivamente oportunize às pessoas o acesso e a integralidade do cuidado em saúde mental a partir de seu território — e se ampara sob uma lógica de assistência à saúde mental pautada no afastamento social das pessoas que sofrem com algum transtorno. Isso ocorre porque não se têm efetivadas práticas de cuidado à crise em rede a partir de conjuntos entre profissionais de saúde (médicos,

enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, assistentes sociais, agentes comunitários de saúde etc.), familiares, comunidade e território, escolas, serviços de saúde (UBS, Policlínica, Pronto Atendimentos); tão pouco se têm efetivadas práticas de trabalho sob perspectivas transversalizadas como matriciamento com Projeto Terapêutico Singular, por exemplo.

Novamente, não se fala de práticas distantes da realidade ou das construções políticas brasileiras, pois são práticas de cuidado que já estão embasadas nos princípios do SUS: o cuidado humanizado para todo e qualquer cidadão no território nacional, independentemente de sua etnia, raça, gênero, idade, orientação sexual etc.; o cuidado que dê sustentação às demandas e ao sofrimento das pessoas em suas necessidades individuais e sociais; o cuidado que possa ser referenciado em serviços de especialidades e em níveis de complexidades mais específicos para a demanda; o cuidado que seja regionalizado e próximo à população.

De certa forma, quando se fala em políticas públicas de saúde mental, algumas dessas não se apresentam tão públicas assim, pois vêm afirmando certo caráter hierarquizado, individualizado e manicomializado nas conduções da assistência em saúde mental.

Os princípios e diretrizes do SUS e sua relação com a Atenção Básica a partir da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), desde sua criação, já apontam o contrário para essa assistência. Assim, para se pensarem dimensões públicas do trabalho em saúde mental, é fundamental que haja população adscrita, espaços para discussão dos casos e organização do serviço em torno do trabalho multiprofissional, articulação com a Estratégia Saúde da Família, por exemplo.

As possibilidades para enfrentar esse cenário estão inclusas no funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), no aperfeiçoamento da Atenção Básica, na reorganização dos processos de trabalho em saúde mental e na maior participação social na construção de políticas e práticas de cuidado e de acolhimento às demandas em saúde mental. Ou seja, fazem parte de — mais

que possibilitar — efetivar ações que forneçam maiores e melhores condições de conduzir as dimensões públicas de políticas de saúde mental no município.

A organização do trabalho em psicologia nas UBS tem se dado em uma perspectiva de atendimentos clínicos — enquanto ainda se estende, de forma morosa e genocida, a pandemia de Covid-19 no Brasil, decide-se pelos atendimentos individuais como estratégia de atenção à saúde mental —. Desse modo, limitam-se algumas possibilidades e se expandem outras: é tempo de estabelecer, no vínculo, uma escuta integral e dedicada ao usuário, além de o acolhimento aos usuários ser direcionado às demandas ampliadas e mais bem elaboradas por eles devido ao contato direto com os profissionais. Sendo assim, é preciso fazer no trabalho novos acessos com tecnologias de cuidados, que, embora possamos entendê-los como limitados (os atendimentos individuais), passam a ser nossas ferramentas chefes na produção de saúde durante esse período.

A possibilidade de construir a agenda de atendimentos a partir das demandas do território e com autonomia pelo psicólogo nas UBS é um aspecto de relevância quando pensamos a partir de uma perspectiva que busca valorizar o profissional em suas escolhas com seu tempo de trabalho e suas condições materiais e priorizar casos que entendem como de maior risco à vida.

Cabe ao profissional criar acordos com a equipe da UBS sobre como a agenda será construída. Com esse formato de organização do trabalho, tem-se como uma estratégia de atendimento o próprio tempo. Fazem-se atendimentos de uma hora ou de trinta minutos, individualmente, em grupo, em casal etc. Mas, em todos esses, é possível organizar-se a partir de uma estratégia que coloca o tempo, a autonomia dos usuários, as demandas de demais usuários, as condições reais de tempo dos usuários e seus desejos de atenção à saúde em conjunto com profissionais.

Em casos nos quais se compreende que as pessoas de uma mesma família precisam ser atendidas e quando isso pode gerar conflitos de interesses ao serem atendidas por um mesmo profissional, há a possibilidade de encaminhamentos diretos para outros profissionais. Essa estratégia, tanto agiliza e garante a continuidade do cuidado aos usuários, quanto permite uma escuta

mais atenciosa aos usuários com menor desgaste ao lidar com casos de conflitos familiares, por exemplo. Essa estratégia evidencia a capacidade do SUS em promover o cuidado de maneira universal, integralizada e regionalizada e coloca a AB como sistema privilegiado de organização do processo de trabalho em saúde mental. Esses manejos beneficiam a construção de linhas de trabalhos corresponsáveis em demandas complexas. Com isso, a AB é um espaço que consegue absorver as demandas e dar continuidade à assistência, de modo que tais arranjos entre as UBS sustentem uma rede que favorece a territorialização do cuidado.

Na incidência de entender o cuidado em saúde mental como prática de um especialista, encontra-se a impossibilidade de um serviço em psicologia na Atenção Básica. Escondem-se o planejamento, a construção e a execução de serviços multidisciplinares que englobam, mais do que uma assistência centralizada em sintomas biológicos, transtornos deslocados de suas origens histórico-políticas e efetivação de projetos terapêuticos que recorrem às reais condições por parte dos sujeitos de superação dos seus momentos de sofrimento.

Na invisibilidade de uma estratégia como o Núcleo Ampliado à Saúde da Família (NASF), na ausência do CAPS, na falta de matriciamento, na pouca disseminação de diálogos institucionais entre serviços de outros setores (Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, escolas etc.), apresenta-se uma inatividade de organização de trabalho multidisciplinar ou transdisciplinar e um enfraquecimento da rede de atenção à saúde mental, fazendo com que sobrem demandas para poucos profissionais de uma mesma área e setor. Assim, direcionamos grande parte de nossas dúvidas unicamente para a Referência Técnica de Saúde Mental do município — que é representada por uma profissional Assistente Social.

Efetivar contatos multiprofissionais nessa configuração torna-se uma ação sempre pessoal dos profissionais de saúde e não uma elaboração organizativa do serviço. Para driblar essa configuração, é necessário, a todo momento, construir conversas diretas com Agentes Comunitários de Saúde, enfermeiros, atendentes, médicos, coordenadores, psicólogos em outras UBS, Referência

Técnica, a fim de localizar o trabalho em outras dimensões públicas — nessa indefinida política — de cuidado em saúde mental.

### **13 OUTRA MANEIRA DE SE ORGANIZAR, OUTROS EFEITOS A ANALISAR**

No final de outubro de 2021, a Secretaria de Saúde do município decide transferir todos os profissionais de psicologia das UBS para uma Policlínica — este estabelecimento de saúde funciona em nível de especialidades de serviços de saúde (consultas em ortopedia, neurologia, psiquiatria, ginecologia, fisioterapia, fonoaudiologia, pediatria, enfermagem etc.) com o objetivo de centralizar o serviço de psicólogos.

O serviço em psicologia permanece similar ao das UBS. Porém, novos efeitos são produzidos com essa centralização: não temos mais tanto acesso aos territórios no bairro das pessoas que atendemos; o acesso ao serviço para os usuários é dificultado (ao centralizar o atendimento de psicologia em um único estabelecimento, distancia-se das maior parte da população adscrita nos territórios das UBS do município; temos mais possibilidades de conversar diretamente com outros profissionais de outras áreas (fonoaudiólogas, psiquiatra, neurologista, enfermeiros e fisioterapeutas, que podem ser novos aliados) e com colegas de psicologia. No entanto, ter várias disciplinas em um estabelecimento, não significa, por si só, a existência de multidisciplinaridade ou transdisciplinaridade no serviço, tampouco que essas conversas são feitas com qualidade em reuniões de equipe ou em discussões coletivas de caso; e sobrecarrega-se um único estabelecimento do município com todas as demandas para psicologia ou psiquiatria, sendo que esse espaço não é estruturado para receber, por exemplo, pessoas que estão em surto ou em estados de comprometimento mental. Trata-se, portanto, de um estabelecimento ambulatorial com foco em procedimentos e consultas breves de especialidades clínicas que passou a absorver os atendimentos de psicologia.

Nota-se, com esse movimento, um retorno à compreensão da atenção à saúde mental (principalmente por meio dos atendimentos em psicologia) como um

serviço especializado, individualizado e pautado pela abrangência de uma análise clínica biomédica centralizada na queixa-conduta. A retirada de psicólogos da UBS incorre em certa desterritorialização do cuidado em saúde mental, no desmanche (ou diminuição de possibilidades) da rede de cuidado e no enfraquecimento da continuidade do cuidado em saúde mental — principalmente para pessoas que tiveram alta de internações psiquiátricas.

Na Policlínica, foi retirada de nós a possibilidade de controlar nossas agendas de atendimento de maneira autônoma — cabe a um setor administrativo controlar as agendas (inserir novos usuários, fazer reagendamentos, definir horários de atendimentos para usuários etc.) —. Os atendimentos passam a ser controlados por outros mecanismos de vigilância (o sistema virtual de agendas e controle de chefias diretas com a agenda) e com outros critérios de trabalho (como o tempo de atendimento). Com essa outra organização de serviço, aumenta-se o número de atendimentos realizados (por diminuir significativamente tempo de atendimentos), independente da qualidade desses atendimentos breves, do desejo de usuários, da disponibilidade de usuários de acessarem um serviço agora distante de suas casas ou da capacidade física de um trabalho de realizar cerca de dez ou mais atendimentos seguidos diariamente em psicologia (já que o trabalho passa a ser unicamente os atendimentos clínicos).

O cuidado, nesse novo estabelecimento, pode ser entendido como de um ambulatório em saúde mental. Centralizado, desterritorializado, afastado das UBS, com acesso reduzido aos usuários, principalmente os mais pobres ou com alguma deficiência.

No entanto, tem sido viável produzir coeficientes de interdisciplinaridade, mesmo que de maneira discreta (porque não está se falando de um serviço organizado para garantir esse efeito) com outros campos de saber na saúde e com outros psicólogos.

A continuidade de cuidado em saúde mental dá-se na inserção dos usuários nas redes de atenção à saúde e na intersetorialidade, em equipes e em multidisciplinaridades, que efetivamente consigam construir dimensões públicas em políticas de saúde mental. Por isso, é necessário ir para outras direções e

organizar os serviços de outras maneiras para produzir outros efeitos e outras práticas de cuidado que valorizem o cuidado integral e territorializado.

A Portaria 3.088 de 2011 institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no SUS. Nela, está clara uma perspectiva de trabalho de base territorial, com participação e controle social de usuários dos serviços e seus familiares e com direcionamento à organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada e a estabelecimento de ações intersetoriais. São aspectos que direcionam uma prática em dimensões públicas do cuidado. Muito diferente do experimentado em organizações do trabalho em psicologia pautado pelo protagonismo de um modelo clínico individualizado que tem os agendamentos em série como estratégia de gestão e cuidado.

Se tomarmos a Reforma Psiquiátrica como política de orientação ao cuidado em saúde mental, podemos analisar essa organização de trabalho como contrário aos princípios da reforma e também do SUS.

Outra dimensão desta clínica é a inclusão social. A clínica da Reforma Psiquiátrica é necessariamente uma clínica da inclusão social. Se assim é, não existe outra possibilidade senão, permanentemente, termos uma intervenção direta na produção da inclusão social. Nesse sentido, a discussão sobre clínica e política acaba subsumida por essa questão fundamental. Ora, a inclusão social é matéria da política. A inclusão social é essencialmente uma démarche política, num país desigual, estruturalmente desigual. E se essa clínica é da inclusão social, e se ela se dá num território e no plano da política pública, da saúde pública, essa clínica é, necessariamente, uma política (DELGADO, 2006. p. 62).

O cuidado, pensado nessas políticas, são centradas nas comunidades onde moram as pessoas em sofrimento. Um estabelecimento ambulatorial oferta outra perspectiva de trabalho que não é a de base comunitária. Sob alguns efeitos, poderíamos pensar que a existência de inúmeras especialidades nesse estabelecimento representa integralidades, porém é impossível pensar a integralidade desvinculada da universalidade, da equidade e da continuidade.

Com o centralismo da atenção em saúde mental, temos como efeito, obviamente, a dificuldade de efetivação da descentralização dos serviços (frisa-se: uma diretriz de planejamento e de organização do sistema de saúde) e, com isso, a saída dos serviços do território. Evidencia-se, novamente, um aparato de serviço que se baseia em abordagens do processo de adoecimento e de

produção saúde como caráter individualizado e não como processo político, marcado pelas desigualdades sociais e aspectos sócio-históricos.

Como efeito dessa organização focada nos encaminhamentos, agendamentos e protagonismo administrativo, temos um trabalho fragmentado, de difícil acesso a outros setores — uma vez que as agendas servem para uma única função —, com esfacelamento das possibilidades de criação de redes de cuidado com outros serviços da saúde e sobrecarga de trabalho para os profissionais, o que leva esses profissionais a pedirem demissão.

Se a Reforma Psiquiátrica e o SUS apresentam modos de organizar, planejar e pensar uma clínica-política de atenção à saúde mental, podemos indagar, com certa necessidade, que tipo de clínica-política de saúde mental está sendo afirmada nesse estabelecimento colocado em análise? Certamente, esses acontecimentos têm sido também efeito de outras políticas de saúde nacionais em curso: como o desfinanciamento do SUS (via EC-99) e o redirecionamento das políticas de saúde mental que buscam privilegiar o financiamento de hospitais psiquiátricos e diminuir os repasses para equipamentos de base comunitária.

### **Dimensões públicas: financiamento, gestão e organização do trabalho são modos de produzir cuidado em saúde mental**

Nos últimos dias, despedi-me de uma amiga que também trabalhava comigo. Ainda sinto sua falta. Conversávamos sobre nossas preocupações com o momento atual de nossas vidas, nossos medos, nossas conquistas, as estratégias de atendimento que temos... conversas necessárias para ampliação de fronteiras de cuidado.

Numa dessas trocas, discutimos alguns pontos que nos chamam a atenção à maneira como, seguindo panoramas atuais de financiamento da Atenção Básica, via Ministério da Saúde, são justificados certos arranjos da política de saúde mental que se operam no país e refletem no Município. Dessa forma, põe-se em análise o número de profissionais de psicologia que temos atualmente, tínhamos anteriormente e como podemos ficar futuramente.

Com a saída de um profissional e a abertura de um Processo Seletivo para preenchimento de reserva de vagas para psicólogo (e outros variados cargos), a reestruturação do contingente de trabalhadores parecia iminente. Ao discutir esse ponto de interesse em uma reunião, é apresentada a nós a argumentação da Administração de Recursos Humanos que o número de profissionais excede o total possível de psicólogos. Ora, se até poucos meses atrás trabalhávamos com esse um a mais, estávamos excedendo os limites financeiros? Ou há algo novo em jogo que se apresenta como barreira?

Sabemos que o modelo de financiamento da Atenção Básica vem sofrendo alterações significativas e que os repasses aos municípios estão vinculados a novos critérios. Antes de 2019, o Ministério da Saúde usava como um dos critérios o contingente populacional de um território (tomando como base os dados do IBGE). A partir de 2019 com a proposta do Programa Previne Brasil, o financiamento deixa de se basear nesses dados do IBGE para tomar, como um dos critérios, o número de pessoas cadastradas nas UBS do município.

Morosini, Fonseca e Baptista (2021) analisam três componentes de pagamento (incentivo para ações estratégicas do programa, desempenho e captação ponderada) do programa. Uma alteração desse programa de financiamento está na exclusão dos NASF, das equipes de saúde da família e a saúde indígena das estratégias que recebiam incentivo no Piso de Atenção Básica (PAB) variável. No novo modelo de financiamento, essas ações estratégicas não representam maiores incentivos para os gestores municipais. Sobre isso, os mesmos autores analisam:

Mantém-se a lógica de indução por incentivos específicos, mas extinguem-se aqueles incentivos que reforçavam a orientação do modelo e a estruturação do trabalho na lógica territorial e comunitária, como a implantação de equipes de saúde da família, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e saúde indígena. Essas modalidades são reinseridas como equipes para registro no SCNES na Portaria no 99, de fevereiro de 2020, entretanto, não recuperam o status de estratégias incentivadas pela política federal de financiamento da atenção básica (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020. p. 11).

Temos em ação, um esvaziamento do que temos chamado por dimensões públicas das políticas de atenção à saúde mental. O NASF, importante equipamento de orientação e cuidado territorializado, passa a configurar como uma estratégia desencorajada (como as eSF e a saúde indígena) pelo próprio

Ministério da Saúde, uma vez que podem ser entendidas como “peso orçamentário” para os municípios. O enfraquecimento da Rede de Atenção Psicossocial é um dos efeitos possíveis com a efetivação desse cenário.

Alguns trabalhos acadêmicos (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020; DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021; BEZERRA *et al.*, 2022) têm discutido esse novo modelo com críticas e apontando a diminuição do repasse federal para os municípios, bem como a possibilidade de descaracterização das UBS em seus compromissos de base comunitária e diminuição da capacidade do SUS em atender aos princípios nele estabelecido (MENDES; CARNUT, 2020; MENDES; CARNUT; GUERRA, 2022).

A argumentação para a existência dele é baseada na universalização do acesso por meio do cadastramento de pessoas de um território de abrangência de uma eSF. Porém, também temos com a nova PNAB (2017) uma flexibilização da quantidade de profissionais dessas equipes, inclusive com possibilidades de diminuição do número de ACS de uma UBS. Tendo um panorama financeiro restritivo pela EC-95, com possibilidade de diminuição de trabalhadores em uma eSF, como esses cadastramentos novos serão feitos? Efetivamente, trata-se de sobrecarregar profissionais das UBS para atingir metas de números de famílias cadastradas, enquanto os municípios ficam pressionados pela diminuição de recebimento de verbas.

Entendemos a universalização do acesso para além de simplesmente geração de um número cadastrável em sistemas de informação e devemos considerar ainda a integralidade e a continuidade do cuidado como integrantes da universalização da assistência. Como princípios, universalidade, integralidade e equidade se correspondem, são intrínsecos.

A parametrização automática de uma eSF como responsável por 2.000 a 4.000 pessoas pela nova proposta não significa acesso e atendimento efetivos, tampouco o cadastramento no modelo simplificado. A medida pode induzir a busca por cadastramento, sem incentivo financeiro federal significativo para aumentar o número de equipes e com a dificuldade real de seguimento do cuidado. A análise sobre a suposta ineficiência do cadastramento atual desconsidera os problemas gerenciais na manutenção de equipes completas, estrutura física de unidades e perdas de registros em transições de tecnologias como nas implantações do Sistema de Informações em Atenção Básica (Sisab) ou da Estratégia e-SUS. (DE SETA; OCKÉ-REIS; RAMOS, 2021, p. 3784).

Como, desde 2019, algumas portarias já vêm regulamentando esse novo modelo (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA, 2020), o município vem tentando sua adequação ao modelo. Nesse processo de adequação, pressionam-se Agentes Comunitários de Saúde para o cadastramento em massa, enquanto o município vê-se em ameaça de perder recursos (comparado aos anos anteriores). Se, atualmente, discutem-se possíveis perdas orçamentárias e se compreende que a reestruturação do contingente de psicólogos seria um extrapolar o limite, podemos assumir que algo, em termos da constituição de uma rede de profissionais em torno da saúde mental na AB não vai bem (tanto em nível nacional, quanto em nível municipal) e que há algo que se entende suficiente mesmo com sua precariedade à mostra.

Compreende-se que deriva dessa situação uma extensão das dificuldades de garantias para os municípios ampliarem equipes de saúde mental, vista a diminuição financeira. Com isso, vê-se que a integralidade do cuidado em saúde mental será fragilizada, uma vez que podemos menos quando estamos em menor número nos serviços de AB. Nesse mesmo sentido, o modelo de assistência que se desenha com esse modelo de financiamento, focalizado no cadastramento de pessoas em vulnerabilidades, apoia-se no adoecimento como dimensão individual e não como processo social e político de produção dessas vulnerabilidades.

Desse modo, a ênfase na pessoa assistida, desconsiderando o processo social e político de produção das vulnerabilidades, tende a tornar menos visíveis os problemas territoriais e a desmobilizar ações do campo da saúde que transcendam a clínica biomédica (MOROSINI; FONSECA; BAPTISTA; 2020, p. 10).

Mendes e Carnut (2020) também abordam a questão da predominância do caráter individualizado nessa perspectiva do cadastramento como acesso à universalização do acesso aos serviços do SUS em detrimento de propostas políticas para o SUS que reforcem aspectos coletivos do cuidado.

Na realidade, busca-se a valorização da “pessoa” (indivíduo) cadastrada, identificando a “pessoa” mais pobre. Relaciona-se essa prioridade à ideia de alcançar maior eficiência dos serviços, focalizando-os. Não se invoca o coletivo nem a população em geral, como os princípios de um sistema universal de saúde exigem (universalidade do acesso). (MENDES; CARNUT, 2020, p. 198).

Nesse cenário, já seria possível entender fragilidades em construir condições financeiras e propostas que realmente efetivem os princípios e diretrizes do SUS

em relação à AB e suas intrínsecas relações com serviços de saúde mental e comunitários. No entanto, não é difícil encontrarmos argumentos que tanto aceitam como justificam a iniciativa de um novo modelo de financiamento com mais critérios e, então, mais restritivo, aplicado a supostas características meritocráticas (e, então, por si só, justas).

Em um cenário de financiamento pautado pelo número de pessoas totais do território (como era antes do Programa Previne Brasil), argumenta-se que Viana — um município menor que Cariacica e que recebe menos recursos — realiza atendimentos de muitos moradores desse vizinho em suas UBS e não é recompensado (por verbas federais) por esses atendimentos. Com o novo modelo, o que é levado em consideração é o número de procedimentos, atendimento e o número de moradores cadastrados na UBS. Assim, esse novo modelo passa a ser mais justo, porque recompensa o município que realizou os atendimentos. Por outro lado, também não era incomum que moradores de Viana buscassem atendimentos de emergência nos Pronto Atendimentos de Cariacica.

Sendo o SUS um sistema para todos e único, com esse novo modelo — ao pautar o financiamento pelo número de pessoas cadastradas —, podemos estar diante de uma seletividade de acesso e uma diminuição de verbas que chegarão nos municípios. Ou seja, podemos estar diante de critérios que possam expressar maiores exclusões em municípios de menor porte, principalmente.

Municípios em áreas carentes devem apresentar maior dificuldade administrativa para registro das pessoas, enquanto que para cidades populosas, com grandes aglomerados populacionais, o cadastro de toda a população pode ser uma tarefa altamente complexa. Consequentemente, pode-se incorrer na redução de recursos para a APS em regiões de grande necessidade (MASSUDA, 2020, p. 1185).

Além do mais, não há nenhuma garantia de aumentos orçamentários com esse modelo, principalmente, se notarmos a vigência da EC 95 — ou “PEC do Teto de Gastos”.

De todo modo, parece um modelo que, ao propor certo agrado aos setores da população que confiam aos discursos meritocráticos o avanço financeiro, esconde um possível “desfinanciamento” do SUS. A lógica meritocrática afirma-se nos interesses individualistas (faço por mim → recebo por mim → avanço por

mim) de uma política de saúde neoliberal em ação no SUS. Quais serão os efeitos que essa política produzirá em termos de cuidado? E em termos de construção de rede de atenção à saúde e à saúde mental? Quais práticas de saúde mental podem ser produzidas nesse cenário de esvaziamento de dimensões públicas das políticas de saúde na AB?

Produzir cuidado em saúde mental significa construir algo além do modelo essencialista das técnicas psicológicas, dos atendimentos individualizantes ou da medicalização. Mas, para que isso se efetive, é necessário que existam ferramentas políticas, modos de gestão e de financiamento que sustentem um olhar integrativo para a organização do trabalho em psicologia.

Efetivar práticas de cuidado em saúde mental na AB com o trabalho em psicologia faz-se na junção entre financiamento, organização do trabalho e gestão do trabalho — estas que são dimensões inseparáveis na produção de cuidado em saúde mental.

É a partir dessa inseparabilidade que se produzem dimensões públicas do cuidado nas políticas de saúde mental: afirmando o território, a construção de redes, a intersetorialidade, os incentivos de investimentos financeiros e a garantia dos princípios do SUS.

A visível ausência de uma rede de atenção à saúde mental no Município de Viana — no presente momento de escrita deste trabalho, existem dois psicólogos (há mais ou menos 80 mil habitantes no Município) alocados em uma Policlínica que realiza uma série de consultas médicas especializadas e não conta com atendimentos em psiquiatria — oferece um cenário de fragmentação dos serviços especializados em saúde mental e de desarticulação entre os equipamentos do nível primário e secundário.

Nessa Policlínica — um equipamento da atenção especializada —, nota-se a continuidade das mesmas práticas de cuidado em saúde mental que experimentamos na UBS, porém, agora, sem o suporte da eSF e sem o conhecimento do território de abrangência das UBS.

Nesse equipamento novo, temos uma suposta direção multidisciplinar por haver nele várias outras especialidades médicas, fisioterapeutas, fonoaudiólogas e

enfermeiros. No entanto, se a organização do trabalho não é estruturada para reuniões em equipe, atendimentos conjuntos, planejamento dos profissionais, matriciamento, projeto terapêutico singular, intersetorialidade, articulação entre atenção primária e secundária, estabelecimento de uma rede de atenção à saúde mental, NASF etc., não estamos falando de trabalho multidisciplinar, sobretudo para usuários com transtornos mentais severos. Estaremos falando de planos e planejamentos fragmentados que buscam por soluções em organizações de trabalho em psicologia que primam por certa hegemonia do cuidado em saúde mental individualizado e em separado dos territórios existenciais das pessoas que passam por algum grau de sofrimento psíquico.

## **14 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O percurso aqui feito trouxe-nos algumas reflexões sobre as políticas de saúde mental desenvolvidas no Brasil e seus efeitos para a construção de serviços de saúde mental municipalizados. Embora muitos avanços venham sendo experimentados e garantam à população mais possibilidades de acesso à saúde mental com, por exemplo, o aumento do número de UBS no município e uma sutil passagem de psicólogos por esses estabelecimentos, visualizamos um abandono pela prática territorializada, seja pela organização do trabalho nas próprias UBS, seja pela mudança de proposta de trabalho em um estabelecimento de atenção especializada. Em ambos, a permanência de lógicas hegemônicas da clínica biomédica apresenta-se, fazendo com que o esvaziamento das práticas de cuidado comunitárias fosse desenvolvido.

Sobre as organizações do trabalho para a psicologia no campo da saúde, que na Atenção Básica à Saúde quer na atenção especializada de um município que carece dos serviços do NASF e do CAPS, analisamos que o protagonismo profissional nas UBS não é continuado nessa troca de propostas, uma vez que passam a ter protagonismo os agendamentos, os encaminhamentos e uma lógica biomedicalizante do processo de produção de saúde. As dificuldades de se pensarem lógicas comunitárias de cuidado, que se aproximem das propostas da Reforma Psiquiátrica, por exemplo, podem ser efeitos das ausências tanto de

um NASF quanto de um CAPS e de modos hegemônicos de produção de subjetividades no campo da saúde mental, que nos fazem priorizar algumas formas de adoecimento e de produção de saúde, tendo o indivíduo como modo único da existência e produção de sofrimentos nos sujeitos.

A respeito do que chamamos de dimensões públicas das políticas de saúde mental, em relação ao cuidado para pessoas em sofrimento psíquico severo ou leve, analisamos que a possibilidade de as construir está na afirmação dos princípios e diretrizes do SUS, no projeto da Reforma Psiquiátrica, na identificação de uma clínica que é política e se faz na ampliação de conceitos como a saúde, a doença e a psicoterapia e no abandono de práticas individualizantes que não consideram o ser humano, o sofrimento, o adoecimento e a produção de saúde como processos determinados sócio-historicamente e que dependem de abordagens contextualizadas com seus territórios.

Em relação às dificuldades de compor e aquecer redes de atenção em saúde mental entre setores que compartilham demandas de saúde mental, analisamos que isso interfere consideravelmente para o trabalho em psicologia na saúde. Porém, não é possível inferir quais motivos levam a essas dificuldades no município. No entanto, provocar esses aquecimentos faz-se necessário.

Quanto à efetivação do cuidado nessas dimensões públicas, tendo como orientadores de uma prática de psicologia contextualizada com os princípios e diretrizes do SUS, considerando os inúmeros desafios e disputas por esse projeto-político que é o Sistema Único de Saúde, analisamos que o cuidado não é um efeito isolado que se faz pela expertise de um trabalhador em uma sala. Efetivar o cuidado em saúde mental é um efeito político que se dá a partir da gestão e da organização do trabalho, da afirmação dos princípios do SUS, do financiamento do sistema, da construção de equipamentos de saúde mental e o estabelecimento de práticas em psicologia contextualizadas a partir dos usuários e suas necessidades de saúde.

Consideramos as UBS e eSF como ferramentas importantíssimas para a execução de um projeto em saúde mental que se efetive pelos paradigmas propostos na Reforma Psiquiátrica: o cuidado em liberdade, os direitos humanos,

o território existencial das pessoas em sofrimento, a dignidade, a humanização e o protagonismo dos trabalhadores e usuários nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidado.

O cenário nacional das políticas de saúde mental tem priorizado por lógicas de cuidado que retornam com o protagonismo de hospitais psiquiátricos. Embora não sintamos isso no desenvolvimento deste trabalho de pesquisa, outros autores têm alertado para o aumento considerável de financiamento da rede hospitalar e para a redução de financiamento para equipamentos substitutivos de base comunitária, bem como para o aumento de investimentos em Comunidades Terapêuticas de cunho religioso para o tratamento de pessoas em uso abusivo de álcool e outras drogas.

## 15 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida**: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. ed. 2. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. 1998. Criança, mulher e saúde collection. Disponível em:

[https://visionvox.net/biblioteca/p/Paulo\\_Amarante\\_Loucos\\_pela\\_vida.pdf](https://visionvox.net/biblioteca/p/Paulo_Amarante_Loucos_pela_vida.pdf).

Acesso em: 18 jun. 2022.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, vol. 13, n.3, p.16-29.

Set/Dez. 2004. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/nvGMcCJJmpSSRjsGLhH8fmh/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2022.

BAREMBLITT, Gregorio F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari. ed. 5.

2002. Disponível em:

<https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=YXJ0ZWVzdXN0ZW50YWJpbGkYWWRILmNvbXx3d3d8Z3g6NGVmNTBiYzFhYTExMmNIZA>. Acesso

em: 12 jul. 2021.

BELLACASA, María Puig de la. “‘Nothing comes without its world’:

thinking with care. **The Sociological Review**. 2012.

BEZERRA, Mariana Vieira de Melo; JORGE, Maria Salete Bessa; BIZERRIL, Davi Oliveira; SANTOS, Germana Alves dos; VIANA, Mirena Maria de Noronha; CALDAS, Soraia Rolim. As Interfaces do Programa Previne Brasil.

**Conjecturas**, vol. 22, n. 8. DOI: 10.53660/CONJ-1405-Z01. Acesso em: 21 set. 2022.

BRASIL, Dayane Degner Ribeiro; LACCHINI, Annie Jeanninne Bisso. Reforma Psiquiátrica Brasileira: dos seus antecedentes aos dias atuais. **Revista**

**PsicoFAE: Pluralidades em Saúde Mental**, vol. 10, n. 1, p. 14-32. Jul. 2021.

Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/343>. Acesso em: 10 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011.

Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488\\_21\\_10\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html).

Acesso em: 22 abr. 2022.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 615, de 15 de abril de 2013. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e Unidades de Acolhimento, em conformidade com a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de crack,

álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF. 15 abr. 2013. Disponível em:  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615\\_15\\_04\\_2013.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0615_15_04_2013.html). Acesso em: 26 maio 2022.

\_\_\_\_\_. Portaria de Consolidação nº 3. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html)>. Acesso em: 24 dez. 2022.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. 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. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; ONOCKO-CAMPOS, Rosana Teresa; DEL BARRIO, Lourdes Rodriguez. Políticas e práticas em saúde mental: as evidências em questão. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 18, n 10, p. 2797-2805. Out. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013001000002>. Acesso em: 29 maio 2022.

CANGUILHEM, Georges. **O Conhecimento da vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2012.

COHN, Amélia. Caminhos da Reforma Sanitária. **Lua Nova**, vol. 19. Nov. São Paulo. 1989. Disponível em:  
<https://www.scielo.br/j/ln/a/q3sRL6qtG7NPGzmdMvtVVPz/?lang=pt> Acesso em: 11 jun. 2022.

CRUZ, Nelson F. O.; GONÇALVES, Renata E.; DELGADO, Pedro G.G. Retrocesso da Reforma Psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trabalho, Educação e Saúde**, vol. 18, n. 3. 2020. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00285. Acesso em: 21 set. 2022.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Por uma clínica da reforma: Concepção e exercício. In: LOBOSQUE, Ana Marta (Org.). **Caderno de Saúde Mental. A Reforma Psiquiátrica que queremos. Por uma Clínica Antimanicomial**, vol. 1, p. 59-65. Belo Horizonte. 2006. Disponível em: <http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2009/06/caderno-saude-mental.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2022.

DELGADO, Paulo Gabriel Godinho \_\_\_\_\_. Voltando ao começo: desvelando os bastidores políticos da Lei Paulo Delgado. **Saúde em Debate: Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. CEBES, vol. 44, n. 3, p. 21-28. Out. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em:  
<https://www.scielosp.org/pdf/sdeb/2020.v44nspe3/21-28/pt> Acesso em: 15 ago. 2022.

DE SETA, Marismary Horsth; RAMOS, André Luis Paes; OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. Programa Previne Brasil: o ápice das ameaças à Atenção Primária à Saúde? **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 26, (Supl. 2). DOI: 10.1590/1413-81232021269.2.01072020. Acesso em: 21 set. 2022.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de Psicologia**, vol. 3, n. 1, p. 53-81. 1998. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/GrQdw3hMYJcTRKMMQ6BKRRd/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Como%20deriva%C3%A7%C3%A3o%20desse%20plano%2C%20foi,desenvolver%20a%20rede%20ambulatorial%20e>. Acesso em: 21 set. 2022.

DIMENSTEIN, Magda; LIBERATO, Mariana. Desinstitucionalizar é ultrapassar fronteiras sanitárias: o desafio da intersectorialidade e do trabalho em rede. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*. **Brazilian Journal of Mental Health**, [S. l.], vol. 1, n. 1, p. 212-222. 2011. DOI: 10.5007/cbsm.v1i1.68442. Acesso em: 28 ago. 2022.

FARIA, Rivaldo Mauro de. A territorialização da atenção primária à saúde no Sistema Único de Saúde e a construção de uma perspectiva de adequação dos serviços aos perfis de território. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, vol. 9, n. 16. Jun. 2013. Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/hygeia/article/view/19501/12458>. Acesso em: 21 set. 2022.

\_\_\_\_\_. A territorialização da atenção básica à saúde do sistema único de saúde do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 11. 2020. DOI: 10.1590/1413-812320202511.30662018. Acesso em: 21 set. 2022.

FERIGATO, Sabrina Helena; CARVALHO, Sergio Resende; TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Cartografia dos Centros de Convivência: a produção de encontros e redes. **Revista De Terapia Ocupacional Da Universidade De São Paulo**, vol. 27, n. 1, p. 12-20. 2016. DOI: <https://doi.org/10.11606/issn.2238-6149.v27i1p12-20>. Acesso em: 21 set. 2022.

GILLES, Deleuze; FELIZ, Guattari. **O que é a filosofia?** São Paulo: Editora 34, p. 288. 2010. Tradução: Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Muñoz.

GROSSELLI, Renzo M. **Colônias imperiais na terra do café: camponeses trentinos (vênetos e lombardos) nas florestas brasileiras, Espírito Santo 1874-1900**. Vitória (ES): Arquivo Público do Estado do Espírito Santo. 2008. Tradução: Márcia Sarcinelli.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes. 1996.

HONORATO, Juliana Prata; SILVA, Élen Rúbia de Andrade. O Estado e a questão portuária na transformação do município de Viana (ES). *In: SIMPÓSIO NACIONAL DE GEOGRAFIA URBANA, XVI*. 2019. Vitória (ES). **Anais**

**eletrônicos** [...] Vitória (ES), v. 1, p. 3392-3407. 2019. Nov. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/simpurb2019/issue/view/1096>. Acesso em: 29 maio 2022.

HONORATO, Juliana Prata; SILVA, Élen Rúbia de Andrade. Terra de passagem: O município de Viana (ES) e sua importância logística na região metropolitana da Grande Vitória. *In*: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM GEOGRAFIA, XIII., 2019, São Paulo. **Anais eletrônicos** [...] São Paulo. 2019. Set. Disponível em: <http://www.enanpege.ggf.br/2019/site/anais2?AREA=34>. Acesso em: 29 maio 2022.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. As Contribuições dos Psicólogos para o Matriciamento em Saúde Mental. **Psicologia: Ciência e Profissão**, vol. 36, n. 2, p. 364-379. Jun. Brasília. 2016. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703001372014>. Acesso em: 26 maio 2022. JIMENEZ, Luciene. Psicologia na atenção básica à saúde: demanda, território e integralidade. **Psicologia & Sociedade**, vol. 23, p. 129-139, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000400016>

JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva; ALVES, Carla Almeida; ALVES, Márcia Guimarães de Mello. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. *In*: **Construção social da demanda por cuidado**: revisitando o direito à saúde, o trabalho em equipe, os espaços públicos e a participação. PINHEIRO, Roseni; NETO, Júlio Strubling Müller; TICIANEL, Fátima A.; SPINELLI, Maria Angélica dos Santos; JUNIOR, Aluisio Gomes da Silva (ORGs). CEPESC. Rio de Janeiro. 2013.

KASTRUP, Virgínia. **A invenção de si e do mundo**: uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Belo Horizonte: Autêntica. 2007.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal: Revista de Psicologia**, vol. 25, n. 2, p. 263-280. Maio/Ago. Rio de Janeiro. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-02922013000200004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000200004&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 30 mar. 2021.

LATOUR, Bruno. Como falar do corpo? A dimensão normativa dos estudos sobre a ciência. *In*: NUNES, João Arriscado; ROQUE, Ricardo (org.). **Objetos Impuros**: Experiências em estudos sobre a ciência. Porto: Afrontamento, 2008. p. 39-60. Disponível em: <http://www.bruno-latour.fr/sites/default/files/downloads/77-BODY-NORMATIVE-POR.pdf>. Acesso em: 20 maio. 2022.

MASSUDA, Adriano. Mudanças no financiamento da Atenção Primária à Saúde no Sistema de Saúde Brasileiro: avanço ou retrocesso? **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 25, n. 4. 2020. DOI: 10.1590/1413-81232020254.01022020. Acesso em: 21 set. 2022.

MATHIAS, Maíra. ANTES DO SUS: como se (des)organizava a saúde no Brasil sob a ditadura. **Poli: Saúde, Educação e Trabalho**, vol. 59, p. 4-8, jul. Rio de Janeiro. 2018. Disponível em: <https://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/poliweb59.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2022.

MEDEIROS, Roberto Henrique Amorim de. Psicologia, saúde e território: experiências na atenção básica. **Psicologia em Estudo**, vol. 25, p. 1-11. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/CSMzdWfSTYDNLw7dLFCnYhn/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2022.

MENDES, Aquilas; CARNUT, Leonardo. Crise do capital, Estado e neofascismo: Bolsonaro, saúde pública e atenção primária. **Revista da Sociedade Brasileira de Economia**, vol. 57, Set/Dez. 2020. Disponível em: <https://revistasep.org.br/index.php/SEP/article/view/636>. Acesso em: 21 set. 2022.

MENDES, Karina Magrini Carneiro; CARNUT, Leonardo; GUERRA, Lúcia Dias da Silva. Matriz de soluções para os problemas da neoseletividade induzida nos cenários de prática na Atenção Primária pelo programa Previne Brasil; **Research, Society and Development**, vol. 11, n.1. 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/25018/21975>. Acesso em: 21 set. 2022.

MOROSINI, Marcia Valeria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angelica Ferreira; BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? **Cadernos de Saúde Pública**, vol. 36, n. 9. 2020. DOI: 10.1590/0102-311X00040220. Acesso em: 21 set. 2022.

OLIVEIRA, Edmar; SZAPIRO, Ana. Por que a Reforma Psiquiátrica é possível. **Saúde em Debate: Retratos da Reforma Psiquiátrica Brasileira**. CEBES, vol. 44, n. 3, p. 15-20. Out. Rio de Janeiro. 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MBbTXqFD5grtZ953Cy7xBsm/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. **O Que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2015. 92 p. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/o-que-e-o-sus-e-book-interativo>. Acesso em: 06 jul. 2021.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. *In*: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina. 2015. p. 17-31.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides. Por uma política da narratividade. *In*: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina. 2009. p. 150-179.

RÖLKE, Helmar. **Raízes da imigração alemã**: História e cultura alemã no estado do Espírito Santo. Vitória (ES): Arquivo Público do Estado do Espírito Santo. 2006.

SILVA, Adriana de Souza e. Arte e tecnologias móveis: hibridizando espaços públicos. *In*: PARENTE, André (ORG). **Tramas da rede**: novas dimensões filosóficas. Porto Alegre: Sulina. 2004. p. 282-97. Disponível em: [https://repository.lib.ncsu.edu/bitstream/handle/1840.2/95/Tramas\\_1004.pdf?](https://repository.lib.ncsu.edu/bitstream/handle/1840.2/95/Tramas_1004.pdf?). Acesso em: 21 set. 2022.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O Acolhimento num Serviço de Saúde entendido como uma rede de Conversações. *In*: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo (Orgs). **Construção da Integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro. p. 89-111. 2003.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a Emergência de uma outra concepção de público. As redes de trabalho afetivo e a contribuição da saúde para a emergência de uma outra concepção de público. **Portal Regional da BVS: Informação e Conhecimento para a Saúde**.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões Teóricas sobre Democracia e Reforma Sanitária. *In*: TEIXEIRA, Sonia Fleury (Org.). **Reforma Sanitária — em busca de uma teoria**. Cortez Editora/ABRASCO. São Paulo. 1989.

VARELA, Francisco. O reencantamento do concreto. **Cadernos de Subjetividade**, vol. 11, p. 71-86. 2003. São Paulo. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/cadernoss subjetividade/issue/view/1987>. Acesso em: 25 maio 2022.

VIEIRA, Solange Santana; NEVES, Claudia Abbês Baêta. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia da Saúde Família. **Fractal: Revista de Psicologia**, vol. 29, n. 1, p. 27-33. Rio Janeiro. 2017. Jan-Abr. Disponível em: <https://periodicos.uff.br/fractal/article/view/5115/4966>. Acesso em: 27 maio 2022.