

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

**Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Curso de Psicologia**

ANDRÉ NEJME

**O PSICÓLOGO NO NASF: O CUIDADO E A ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.**

SÃO PAULO - SP

2020

ANDRÉ NEJME

**O PSICÓLOGO NO NASF: O CUIDADO E A ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL NO USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS.**

Trabalho de Conclusão de Curso como exigência parcial para graduação no curso de Psicologia, da Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde, sob orientação da Profª Dra. Andréia De Conto Garbin.

SÃO PAULO

2020

RESUMO

A presente pesquisa investiga a atuação do Psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF), relacionada às substâncias psicoativas. Para tanto, pretendeu-se compreender as interfaces entre Psicologia e as Políticas Públicas, assim como investigar a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e reconhecer o trabalho do Psicólogo na atenção básica. A metodologia parte de revisão bibliográfica qualitativa, e utiliza os núcleos de significação para análise, baseada na Psicologia Sócio-Histórica. Como resultado, foi obtido que a integralidade, o apoio matricial, a atenção psicossocial e a redução de danos, balizam, fundamentalmente, a atuação do psicólogo no NASF com ênfase no uso de substâncias psicoativas. No geral, conclui-se que, apesar de possuir desafios, a atuação do Psicólogo no NASF afirma as diretrizes do SUS e coloca novos paradigmas para as Políticas Públicas. Além disso, reconhece que é impreterível investigar tal atuação, pois, é um campo recente a ser estudado, ainda mais fazendo o recorte sob o ponto de vista das substâncias psicoativas. Dessa forma, a presente pesquisa se apresenta como uma grande contribuição para a área das Ciências Humanas e da Saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Psicólogo; NASF; Substâncias Psicoativas; Políticas Públicas.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO	5
1.1 Objetivos	10
CAPÍTULO 2: CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	11
2.1 Entendendo sobre Política e Política Pública	11
2.2 Abordagem do Ciclo de Políticas	14
2.3 SUS	17
2.4 A Inserção da Psicologia no SUS	38
CAPÍTULO 3: ASPECTOS METODOLÓGICOS	49
3.1 Etapas da Pesquisa Bibliográfica	51
3.2 Metodologia de Análise	52
CAPÍTULO 4: ANÁLISE	56
4.1 Pré-indicadores Gerais	56
4.2 Formação dos Indicadores	61
4.3 Construção e Análise dos Núcleos de Significação	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
REFERÊNCIAS	84

CAPÍTULO 1: INTRODUÇÃO

O interesse na presente pesquisa surgiu, em primeiro lugar, devido ao atual momento sócio-político brasileiro. Nesse contexto chamaram atenção os cortes efetuados pelo Ministério da Saúde pela Emenda Constitucional 95/2016, que instituiu um limite máximo de investimentos nas áreas da saúde e da educação para o período de 2018 a 2036, refletindo nos recursos destinados ao campo da saúde mental, colocando em jogo o modelo pós reforma psiquiátrica.

Tendo em perspectiva as mudanças em curso, questionei-me sobre a promoção de direitos humanos e desenvolvimento das políticas públicas no Brasil pós redemocratização podiam estar ou já estão ameaçados. Nesse ponto, sendo um psicólogo em formação, questionei qual o(s) papel(is) da profissão na garantia/promoção desses direitos e políticas. Tentando elaborar e entender qual é a intersecção entre, justamente, Psicologia e Políticas Públicas (PPs).

Culminando com o atual momento político brasileiro, tem-se que a atuação dos psicólogos nesse campo das políticas públicas é recente e há necessidade de se pensar o compromisso social da profissão, visando compreender como a formação desse profissional influencia em sua prática e por consequência, com um recorte mais específico, no desenvolvimento das políticas públicas.

Souza(2006) diz que as políticas públicas vêm se constituindo como um campo de conhecimento com um vasto interesse no desenvolvimento de planos, ações, pesquisas e avaliações por parte de diversas disciplinas. De tal modo, há uma diversidade de perspectivas possíveis para a abordagem desse tema tanto no que se refere a conceitos como a enfoques do que seja relevante considerar quando a proposta é estudar as políticas públicas.

O conceito de política pública geralmente é usado para se referir a proposições, medidas e ações do governo dirigidas aos problemas de uma determinada população na tentativa de gerir soluções, relacionada ao Estado democrático moderno (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2007). Assim,

apesar de existirem diferentes definições para as políticas públicas, o ponto em comum é que elas se configuram de modo a dar mais importância para o todo do que para um elemento ou outro em sua construção. Nesse raciocínio, já que enxergar o todo é mais relevante, as políticas públicas se tornam um espaço de várias disciplinas e teorias, como também não pressupõe que haja um alinhamento teórico-metodológico rígido.

Se admitirmos que a política pública é um campo holístico, isto é, uma área que situa diversas unidades em totalidades organizadas, isso tem duas implicações. A primeira é que [...] a área torna-se território de várias disciplinas, teorias e modelos analíticos. Assim, apesar de possuir suas próprias modelagens, teorias e métodos, a política pública, embora seja formalmente um ramo da ciência política, a ela não se resume, podendo também ser objeto analítico de outras áreas do conhecimento. [...] A segunda é que o caráter holístico da área não significa que ela careça de coerência teórica e metodológica, mas sim que ela comporta vários “olhares”. (SOUZA, 2006, pg 26)

A partir do cenário interdisciplinar descrito acima, entende-se que diversos fatores servem de subsídio para o desenvolvimento das tentativas de construção dos programas e que, então, as políticas públicas são de base multifatorial.

Segundo a Teoria Ator Rede (TAR) as práticas sendo de e para um fim social, incluem múltiplos fatores que as constituem, e portanto, são elementos de campos heterogêneos.

[...] Este então é o movimento analítico crucial feito pelos autores da teoria ator-rede: a sugestão que o social não é nada mais do que redes de certos padrões de materiais heterogêneos. Este é um argumento radical porque ele diz que essas redes são compostas não apenas por pessoas, mas também por máquinas, animais, textos, dinheiro, arquiteturas – enfim quaisquer materiais. Portanto o argumento é que o que compõe o social não é simplesmente humano. O social é composto por todos esses materiais também. Na verdade, o argumento é que nós não teríamos uma

sociedade, de modo algum, se não fosse pela heterogeneidade das redes do social. (LAW, 1989, pg 3)

De encontro a essa visão existe a noção de política pública proposta pelo Ciclo de Políticas (Policy Cycle), que é uma forma de se analisar as políticas públicas. Isto é, são estudos que avaliam a política pública do seu nascimento até a sua morte. Para isso, essa abordagem parte da premissa que a política pública consiste um ciclo dinâmico e sistêmico, constituído por vários contextos de atuação.

E essa forma, esse entendimento, corrobora com a visão de que vários agentes participam interdisciplinarmente da construção e análise das políticas públicas. Tal como nós psicólogos.

Até agora, tratei de apontar os aspectos interdisciplinares, multifatoriais e o movimento recente de avaliação do percurso de uma política pública. É nesse sentido que saliento a importância da Psicologia se posicionar também frente a esta área de atuação profissional.

Aproximando o conceito de Política Pública da Psicologia, vale se debruçar sobre todo um processo na História da Psicologia que permite justamente traçar as interfaces entre os diferentes campos. A profissão de psicólogo foi regulamentada em 27 de agosto de 1962 com a Lei 4.119 e com o Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2005), criado pela Lei 5.766 em 1971, e só recentemente tem sido reconhecida como área científica.

Analisando de maneira breve, é possível dizer que em 60 anos houveram algumas mudanças significativas na profissão, nas áreas de atuação, e por consequência, na formação, teorias e técnicas que orientam a prática. Com isso, inegavelmente nas últimas décadas foi possível caminhar para a identificação de interfaces entre a Psicologia e as Políticas Públicas.

Dentre essas mudanças vale ressaltar as alterações políticas que o processo de redemocratização do Brasil possibilitou, precisamente após a Constituição de 1988, com a criação de espaços públicos que permitiram a ampliação da participação da sociedade civil nas discussões e na elaboração das políticas públicas

(GONÇALVES, 2010). A Constituição de 1988 enquanto marco formal possibilitou que a sociedade civil participasse da administração pública através dos conselhos gestores de políticas públicas nas diversas áreas, como saúde, educação, cultura, entre outros (DAGNINO, 2004).

Essa participação da sociedade civil na administração pública configura uma nova estrutura de ordenamento. Profissionais de diferentes categorias começaram a se envolver no desenvolvimento de políticas públicas, seja defendendo e representando o próprio campo, ou, contribuindo para a elaboração, implementação e avaliação de programas. Seguindo esse raciocínio e fazendo um destaque da área da saúde, a participação política na Reforma Sanitária e na Oitava Conferência de Saúde, feitas na década de 1980, são um marco na inclusão dos profissionais e dos agentes envolvidos, justamente, no processo de pensar, elaborar e propor ações para o Estado. A partir da criação do SUS os conselhos de saúde têm sido espaços de participação e de contribuição dos diversos profissionais que atuam no campo da saúde. Um exemplo de sucesso deste processo pode ser observado na consolidação dos ideais políticos do movimento antimanicomial, da reforma psiquiátrica e nas políticas oficiais (ROSA; LUZIO; YASSUI, 2001).

A partir desse destaque é possível pensar como todas essas alterações no cenário político da época contribuem para uma nova formação e atuação do psicólogo enquanto profissional. Logo, no que concerne às instituições há uma mudança nas diretrizes que orientam os currículos do ensino superior. Durante a graduação, então, foi necessária uma variedade teórica, epistemológica e prática que permitiu o psicólogo estar na clínica, na saúde, na assistência social, como também na defesa civil, na mobilidade urbana, moradia e em outras áreas em que as políticas públicas estão presentes. Entretanto, ainda existe uma resistência que freia a evolução e o entendimento dessa área como área de atuação do profissional de psicologia.

São desafios que enfrentamos e que estão presentes na formação. Os cursos ainda estão presos a concepções tradicionais, que pensam o indivíduo fora do contexto, e têm dificuldade em relacioná-lo à realidade brasileira. Esses ainda

são desafios para quem está no campo das políticas públicas e para quem está formando profissionais nesse campo. Os nossos desafios, são repensar as práticas, a formação articulada com a pesquisa, pensar a academia para que ela pesquise, forme, dialogue e se articule com a prática profissional e os desafios desse trabalho cotidiano; como fazer a clínica ampliada, como fazer o atendimento psicossocial, o que é um trabalho socioeducativo, o que é um consultório de rua. Estamos inventando, mas precisamos aprofundar, respondermos e formarmos os alunos com essas possibilidades, porque eles não têm o que aprender depois como profissionais, e tentam reproduzir modelos tradicionais que estão superados, dada a realidade de trabalho diferente que se apresenta e as coisas que mudaram. (GRAÇA,2013, pg 66)

No mais, persiste um distanciamento da Psicologia com a discussão política, e esse é o cerne da problematização aqui proposta, como também é talvez o maior desafio da profissão já que o campo das políticas públicas é um espaço constante de disputas políticas e interesses. Isto é, um campo em que a igualdade, a equidade, os direitos sociais, a democracia ainda estão ameaçados por não haver um pacto social forte/consolidado o bastante que garanta essas noções fundamentais.

Então, o presente estudo parte dos seguintes questionamentos: quais as habilidades necessárias para a atuação dos psicólogos no SUS? Como desenvolver projetos terapêuticos contextualizados com as realidades sociais ou nos territórios existenciais?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral:

Esta pesquisa pretende compreender as interfaces entre Psicologia e as Políticas Públicas relativas ao SUS na atenção básica, assim como o trabalho do Psicólogo no Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e a atuação frente às substâncias psicoativas.

1.1.2 Objetivos específicos:

- Identificar princípios que embasam a atuação dos psicólogos no NASF;
- Reconhecer na atuação do psicólogo as possíveis técnicas e dispositivos para o manejo com os usuários das substâncias psicoativas que acessam a atenção básica.
- Reconhecer as intervenções do Psicólogo no NASF voltadas para a temática das substâncias psicoativas.

CAPÍTULO 2: CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

2.1 Entendendo sobre Política e Política Pública.

Por entender que o SUS representa uma grande força política democrática-cidadã, neste capítulo buscarei compreender de onde vem a acepção a respeito da política e, apontar a partir dela, como a Psicologia pode entrar nesse entendimento.

Comumente a ideia de política está atrelada ao Estado. De uma ordem entre governantes e governados. Uma compreensão de Estado como um agente que atua na intermediação de interesses com objetivo de um bem comum. Assim, relaciona-se Estado a aparatos organizacionais, ou àquilo que reconhecemos como governo. Porém, qual a origem dessa concepção? Faz sentido, então, voltar a constituição do que chamamos de Estado Moderno.

Segundo Baptista e Mattos (2015), o discurso em torno da configuração de um Estado Moderno se desenvolveu em posição oposta à ideia da ordem natural, eterna e religiosa, que era fundante da prática de Senhores soberanos e da Igreja no Estado antigo. Levando em conta uma trajetória histórica, esta passagem de um pensamento 'arcaico/antigo/medieval' para um pensamento 'moderno' de Estado foi resultado de contribuições multidisciplinares - teóricas e sociais - advindas da filosofia, da economia, da política, por exemplo, tendo se configurado em um cenário de grandes transformações, justamente, econômicas, políticas, culturais e sociais, que a humanidade, principalmente ocidental, passou. Este processo não foi contínuo e linear, mas acabou por levar ao delineamento de uma nova forma de organização do Estado. Configurada a partir de um argumento da racionalidade e liberdade do ser humano para definir as regras que garantiriam um pacto social.

Dessa forma, por Baptista e Mattos(2015), a mudança de status de ser humano foi também acompanhada pela mudança das atribuições dos Senhores, dos Príncipes e da ordem estatal, concebendo a criação de uma nova lógica de Estado: elaborar

métodos e formas de ordenamento que passariam a influir na organização política e social, regrido a própria maneira de governar a vida comum.

No cenário desta nova ordem da razão de Estado e em um contexto de conflitos e lutas entre grupos, segundo Baptista e Mattos (2015), que foram firmados novos pactos e/ou arranjos institucionais. O poder soberano começou a sofrer restrições e surgiram limitações concretas do poder daquele que governava, estabelecendo regras sobre como se deveria governar e do que seria um bom governo. As primeiras “cartas constitucionais” passaram a exprimir as novas regras para delimitação da atuação dos Estados, levando em conta a separação do poder de governo em diferentes esferas (legislar, executar e julgar) e com a definição de distintas formas de participação e constituição dos sistemas políticos. Assim, tratou-se da configuração de uma racionalidade de Estado com regras constituídas para limitação da atuação dos governos como das pessoas, em um pacto de liberdade e restrição estabelecido para as mútuas partes em prol de uma ordem social e de um modo de reprodução da vida embasado no modo de produção do capital. Logo, definiu-se o modelo de liberalismo político, econômico e social do Estado Moderno.

A partir daí, ainda por Baptista e Mattos (2015), instituiu-se outra forma de entender o papel do governante no Estado e também foi constituída uma institucionalidade que alimenta um novo entendimento do homem na relação com o Estado. Então, o ser humano ganhou progressivamente o status de cidadão, passando a ser visto como portador de uma identidade nacional e detentor de direitos.

Pois bem, toda essa construção política deu a cada indivíduo direitos e poder para atuar em seu meio social. Entretanto, é essa mesma construção que banaliza esses direitos adquiridos ao passo de apenas se olhar para as políticas de forma macro, sem levar em consideração o que gera cotidianamente na população. E por consequência, justamente, como atingem os direitos de cada pessoa.

O problema desta redução foi a criação de uma invisibilidade da estratégia de poder governamental que opera neste projeto moderno, dificultando a explicitação da capilarização do governar na vida de cada indivíduo, de cada

corpo. Deixa-se de lado a análise do Estado naquilo que se produz nas práticas cotidianas da vida social (a arte de governar) para se falar das medidas legais e coercitivas que os governos adotam. Deixa-se de lado a compreensão de que a arte de governar é justamente utilizar-se de argumentos racionais para estabelecer o controle e a disciplina de um corpo social. Governos são hábeis em (re)produzir práticas neste modo de entender. A ciência política, por sua vez, ao reforçar o discurso de uma ciência que busca os melhores caminhos para a tomada de decisão, reduz a política aos aparatos governamentais e desenha um modelo racional e ideal de Estado, com relações de causalidade previsíveis. (Mattos e Baptista. 2015. p.95)

E mais.

Só se pode entender o Estado para além do governo (no sentido estrito) quando se mantém a relação entre economia, sociedade e política. Quando se percebe que o modelo de Estado tornou-se capilar no pensamento e na ação de cada indivíduo da sociedade; que o próprio entendimento de sociedade é uma construção dos novos tempos. Assim, para se apreender as políticas de um Estado não se deveria reduzir a análise ao que está visível, mas ao que se faz em nome do Estado e de sua suposta racionalidade, o como se faz e o porquê se faz. (Mattos e Baptista. 2015. p.95)

Compreender o Estado e a política dessa forma é, segundo Baptista e Mattos (2015), talvez, a porta de entrada para a Psicologia no que diz respeito ao Público e ao Social. Pois, justamente, o psicólogo trabalha com aquilo que é além do visível; além do racional. Ou seja, nesse sentido, significa reconhecer que o Estado é o mediador dos interesses sociais, como expressão da cultura, dos hábitos, das práticas e do costume de um grupo social. O Estado se modifica e também mantém processos a partir dos diferentes movimentos que se estabelecem na sociedade. E é nessa linha de raciocínio que pretendo fazer uma análise do SUS: mostrar as tensões de forças instituídas-institucionalizantes que criam um reordenamento social, mas que vão para além disso, gerando substratos para cada indivíduo que compõe o social, em especial o psicólogo; seus novos movimentos em relação a conceitos, paradigmas e intervenções.

2.2 Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP)

Este capítulo tem como objetivo explicitar a teoria que sustenta a Abordagem do Ciclo de Políticas (ACP), visto que essa abordagem auxiliará no objetivo específico dessa pesquisa.

Em primeiro lugar é importante retomar algumas ideias articuladas na introdução. Nesse sentido o enfoque se dá na compreensão de que as Políticas Públicas possuem aspectos interdisciplinares e multifatoriais, que a avaliação do percurso de uma política pública é feita, justamente, a partir da heterogeneidade desses aspectos e que, para a Psicologia, é fundamental enxergar as PPs como uma área de disputa de interesses e de atuação.

Levando em conta esses elementos, é possível nos debruçarmos sobre a ACP. O primeiro passo é desconstruir o enfoque tradicional de se avaliar uma política pública. Logo, a ideia de que uma PP é feita por etapas, e cronologicamente organizada, deve ser desconsiderada por, muitas vezes, se limitar ao raciocínio de que no desenvolvimento existem apenas as fases de agenda, formulação, implementação e verificação dos resultados esperados. Essa visão deixa de considerar que uma política é fruto de um processo de interação entre os diversos grupos de interesses, mediado pelas institucionalidades e pelas questões colocadas pelo contexto da prática, que reformula permanentemente a própria política (MATTOS E BAPTISTA, 2015). Deixar esses aspectos de lado significa não levar em consideração que as PPs tem um fator singular que se manifesta a partir do intermédio da identificação de seus elementos e da compreensão da interação ímpar destes elementos em sua específica conjuntura histórica.

Como avaliar uma política levando em conta sua singularidade? Segundo Ball (1994b), o método da ACP parte do entendimento de que uma política, além de processos e conseqüências, é texto e também discurso. E essas duas conceituações são complementares e estão implícitas, uma na outra.

A política como texto refere-se aos documentos oficiais como uma forma de representação complexa que contém uma pluralidade de leituras em função da pluralidade de leitores. O que significa encarar as políticas como mediações que são codificadas a partir de embates, acordos e interpretações por parte das autoridades públicas, e decodificadas, também de maneiras complexas, pela interpretação por parte dos atores envolvidos, atribuindo significados em função de suas histórias, experiências e possibilidades (BALL, 1994a). Essa compreensão, para o exercício de análise, evoca a necessidade de se identificar os distintos grupos da sociedade envolvidos no processo político das políticas e suas institucionalidades, e de considerar as diferentes formas de relação e interação existentes com estes grupos - como foi frisado anteriormente - apesar do enfoque na ação dos governos.

Já **a política enquanto discurso** aponta para as disputas por poder, pelo controle de bens e de falas, em termos de vantagens e legitimidade sociais. Enfatiza os limites impostos pelo próprio discurso considerando o que é dito e não-dito, isto é, leva em conta tudo que produz fala.

Por mais que haja variedade de discursos, alguns são dominantes em relação a outros. Nesse ponto que entra a noção de disputa de poder e legitimidade social, que criam, constroem e permitem, como efeito, o surgimento das relações de poder, das vozes, do conhecimento e das subjetividades. Esses efeitos atuam no que pode ser dito e pensado, mas também sobre quem pode falar, quando, onde e com que autoridade. Assim, constroem certas possibilidades de pensamentos (ideias, conceitos) e excluem outras, fazendo com que as lutas sobre a interpretação e aprovação de políticas ocorram e se ajustem dentro de uma estrutura discursiva movediça que articula e restringe as probabilidades, justamente, de interpretação e aprovação. (BALL, 1994b)

Com isso se estabelece que as políticas estão a todo momento em movimentação por causa da fricção entre o que é díspar e o que é consensual. Ou seja, são diferentes contextos que estão em contato - sem possuir entre si dimensão temporal ou sequencial e sem ser tratados como etapas da política tradicional -

produzindo interseções e distanciamentos simultaneamente. Esses contextos, três para ser exato, tem nomeações diferentes a partir de suas funções: o contexto da influência; o contexto da produção de textos; e o contexto da prática, de acordo com Ball (1994b), conforme verifica-se.

- **Contexto da influência** é aquele no qual são construídos os discursos que servem de base para a política. No qual as políticas, ou o pensamento sobre elas, são ou podem ser formados e/ou transformados, a partir da ação política. É neste contexto que os grupos de interesse e as redes de participação social operam, seja dentro ou no entorno de partidos políticos, do governo e do processo legislativo, buscando adquirir apoio para seus argumentos, legitimidade para seus conceitos e soluções para os problemas sociais destacados.
- **Contexto da produção de textos** é aquele onde os textos políticos são produzidos. Geralmente, estão articulados com a linguagem do interesse público mais geral e podem tomar várias formas, dentre elas: os textos legais oficiais e textos políticos; comentários formais e informais sobre os textos oficiais; pronunciamentos oficiais; vídeos; entre outros. São resultado de disputas e acordos produzidos por grupos que atuam dentro dos diferentes lugares da produção de textos e que competem pelo controle das representações político-históricas.

Os textos políticos não mantêm, necessariamente, clareza e coerência interna, podem ser contraditórios e utilizar os termos-chave da política de modo diverso, e precisam ser lidos com relação ao tempo e ao local específico de sua produção, tendo em vista que não são feitos nem finalizados no momento legislativo.(MAINARDES, 2006. p. 23)

- **Contexto da prática**, por sua vez, é apontado como uma arena de conflitos e contestação. Envolve a interpretação e a tradução dos textos para a realidade, tal como ela é vista pelos leitores. E existem alguns aspectos que evidenciam isso,

ajudando a compreender a singularidade da maneira como a política foi estruturada em cada instituição.

Um desses aspectos é a necessidade de interação de uma nova política com aquelas existentes e, portanto, presentes anteriormente no contexto da prática. Outro aspecto refere-se à base material da interpretação da política – verbas, infra-estrutura, etc. Tal interpretação envolve distribuição de recursos que interfere na tradução das políticas e nas relações estabelecidas. E um terceiro aspecto é o fato das políticas serem produzidas para situações ideais, imaginárias, e até utópicas. O que exige o esforço de relacionar as fantasias das políticas às realidades institucionais.

Toda essa proposta teórica construída por Ball se faz munida de sentido para a discussão dentro da Psicologia, ao meu ver, porque assim como conseguimos apreender na elaboração de um caso clínico individual os diferentes fatores que o permeiam, a partir dos contextos em que o sujeito está inserido, devemos conseguir, tal qual, enxergar enquanto profissionais da saúde a multifatorialidade que está presente na elaboração de uma política pública e que terá influência direta no cotidiano dos sujeitos sociais.

Por isso, portanto, essa teoria se faz necessária no exercício aqui proposto. Que é o de um psicólogo - enquanto categoria de trabalho - executar a leitura das singularidades envolvidas em um caso de dimensão social, determinado por todos os contextos que influenciam as políticas públicas.

2.3 SUS

Aqui se apresenta o contexto histórico que emergiu o SUS e seu desenvolvimento até os dias atuais.

O processo de construção do SUS possui forças intra e extra institucionais, que continham resistências à ditadura e que procuravam desenvolver valores democráticos no que concerne o desenvolvimento do trabalho técnico, teórico e acadêmico na

política dentro do Estado e em movimentos sociais. Dessa forma, a pesquisa histórica vai apresentar destaques partindo do golpe militar de 1964.

A publicação oficial do Ministério da Saúde - *A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo* (BRASIL, 2006) apoia - majoritariamente e não exclusivamente - este tópico. Na introdução deste texto, o SUS é descrito com a ideia de que ele, enquanto PP, sustenta a construção de uma democracia e por consequência, é uma representação importante desse modelo político e de todas os valores que o constroem. Nesse sentido, relembra todo o viço do Movimento Sanitarista, por estar apoiado na luta, nos discursos e na participação social.

Na mesma introdução são ressaltados também os conflitos que deram origem ao SUS. Isto é, a visão de um modelo de sistema nacional de saúde que é contra os interesses corporativos e mercantis, sendo sustentado pelas lutas que o envolvem e que abrem espaço para a participação pública popular, e por consequência, os discursos derivados dessa camada minoritária não hegemônica.

Logo, já é possível dizer que o recorte histórico aqui destacado busca mostrar uma referência que entende o processo instituinte do SUS como uma experiência, nova até a época, de e com participação na política. E que se apoia no controle social e na democracia participativa como nortes. Pois, a implementação de um sistema nacional de saúde é algo da ordem de um processo civilizatório. Um processo que traria novas condições para se lidar democraticamente com as contradições da sociedade brasileira (AROUCA, 1975).

Voltando aos destaques históricos é importante salientar o cenário político que o Brasil se encontrava a partir dos anos de 1964 até, mais ou menos, 1980. Era um regime autoritário de posse da ditadura militar, que configurava relações demasiadas assimétricas entre Estado e população, em que esse Estado, de forma autocrática, colocava-se acima de qualquer outra fonte de poder. Ou seja, nesse período o Brasil teve mecanismos gerais e explícitos de repressão, tortura, silenciamento e tudo que envolvia a suspensão de um Estado de direito. Nesse ponto, aqueles que discordam -

e até chegam a entender esse período como Revolução - podem falar que havia uma democracia representativa já que haviam dois partidos: ARENA e MDB. Porém, é sabido que esse sistema bipartidário era um sistema democrático maquiado. A Aliança Renovadora Nacional (ARENA) era a situação instituída e o Movimento Democrático Brasileiro (MDB) era apenas uma oposição consentida que, na prática, consentia com todo o terrorismo e abuso do Estado vigente.

Além disso entre 1967 e 1968, o Brasil, sob o comando dos marechais-presidentes Castelo Branco e Costa e Silva, promulgou uma nova Carta Constitucional que colocava o Conselho de Segurança Nacional acima e em detrimento dos estados e municípios, definido como instância máxima, e, logo depois, o decreto do Ato Institucional Número Cinco (AI-5) que permitiu o presidente fechar o Congresso Nacional e as Assembleias Legislativas de todos os estados. Fato que suspendeu quaisquer garantia constitucional e intensificou os instrumentos de silenciamento, repressão e abuso: censura prévia de músicas, filmes, teatro e televisão; toques de recolher; a suspensão dos direitos políticos dos cidadãos; e a institucionalização da tortura. Tudo isso sem qualquer revisão judicial.

Em um segundo momento, que concebe o período de 1980 a 1985, Figueiredo estava no poder e foi implementada uma abertura lenta e gradual em que, pouco a pouco, os aspectos mais autoritários da ditadura foram reduzidos. Mas, ainda sem ceder o poder à oposição e muito menos colocar o poder em disputa democrática. Momento, então, que o controle se deu por outros mecanismos autoritários e que teve também uma organização e articulação mais forte da oposição. Exemplo são a luta pela anistia, greves dos operários do ABC e o Movimento Sanitarista.

Dentro dessa disputa pelo poder é clara a dinâmica entre o que era hegemônico e o que era não-hegemônico. De início ainda se tinha uma idéia um tanto romântica e ufanista quanto a uma situação estável de bem estar, provocada pelas diversas propagandas e impulsionadas pelo “milagre econômico” que deixava as forças instituintes mais quietas. Entretanto, principalmente após a crise do petróleo em 1979, deflagrou-se que não havia milagre e que o bem estar, somado ao AI-5, era de fato

uma ilusão. A verdade é que o enredo da época era pautado por uma gigantesca desigualdade social que só aumentava cada vez mais. Com isso, as oposições acenavam que havia uma força pela mudança - inclusive dentro do pequeno espaço democrático, o MDB ganhou nos anos de 1978 e 1982 - e as movimentações da sociedade civil foram se tornando mais importantes e fortes em termos de resistência à ditadura (BRASIL, 2006) que vão desde as greves do ABC, mencionada anteriormente, até a luta armada.

Frente a todo esse cenário recessivo economicamente e em crise para com a legitimidade política do regime militar, a área da saúde, em foco, foi se mobilizando para quebrar com a lógica mercantilista do capital estrangeiro e rumar para uma ótica que encarava o complexo saúde-doença a partir da demanda social que se instalou com a desigualdade.

A participação nas decisões é cada vez mais valorizada em detrimento da participação nas ações, não mais como estratégia de incorporação do saber e da experiência popular, mas como forma de garantir o redimensionamento das políticas e práticas para o atendimento das necessidades do povo, ou seja, como instrumento de luta pela ampliação do acesso aos meios de saúde (Carvalho, 1995, p.23).

2.3.1. Anos 80: 8ª Conferência Nacional de Saúde e Nova Constituição da República do Brasil

A partir disso é possível dizer que o Movimento Sanitarista e seus participantes se propuseram a construir e constituir um saber que atendesse ao sujeito marginalizado tanto no que diz respeito a um serviço de saúde como a um mecanismo de participação social efetivo. Instituiu-se então, para essa luta, um discurso historicamente marcado que dava e ainda dá contorno ao Sujeito participativo da Saúde Coletiva.

Tendo em vista essa centralidade no Movimento Sanitarista, de uma saúde instrumental, que cura e previne, ao mesmo tempo que conscientiza à politização. As políticas públicas são cada vez mais demandadas não apenas pelos efeitos da desigualdade social mas por evidenciarem as demandas de acesso ao poder pela participação social. Nesse sentido, na sociedade civil os movimentos sociais de periferias urbanas começam a fazer pressão em torno, justamente, da participação popular ao acesso à saúde. (BRASIL, 2006)

Diante desses atores e de outros (vide operários do ABC) fazendo frente à luta e resistência, somado a outros fatores da conjuntura, o saldo é um Estado militar sem forças. Com isso, a partir dos anos de 1980 novas propostas de saúde vão surgindo a nível nacional e com influência de diretrizes da OMS pós Conferência de Alma Ata (1978), que sugeria a importância de tecnologias de cuidado na atenção primária à saúde, com ênfase na promoção e prevenção de saúde. Assim, é apresentado o Prev-Saúde, que mesmo não sendo efetivado já continha semelhanças com os princípios do SUS: hierarquização, regionalização, participação social e integralidade. Uma amostra que o discurso das forças de resistência à ditadura já, de uma forma ou outra, entranhavam-se no eixo da política institucional de Estado. (BRASIL, 2006).

Assim, torna-se interessante ressaltar que na década de 1980 a sociedade civil, os movimentos sociais, a produção acadêmica e os atores políticos se reuniam de forma inovadora, efervescente e com propostas convergentes. O que tornou possível apostar em uma nova relação entre Estado e população que seriam fundamentais na Constituinte pós ditadura militar, em 1985.

O resultado, mesmo antes da Constituição de 1988 (BRASIL, 2006), é uma conquista de legitimação de força democrática semeada pela estratégia do Movimento Sanitarista. Isto é, o controle social da população já figurava na esfera das propostas de políticas públicas e o Estado já era vislumbrado como um lugar passível de acolher e dialogar, inclusive com grupos sociais marginalizados.

Como substrato, foi incorporado no discurso do Movimento Sanitarista o protagonismo do conceito de cidadão, que garante de maneira estratégica a ideia de universalização dos direitos.

A ditadura via seus últimos dias. AI-5 revogado, anistia concedida, pluripartidarismo, Diretas Já, Tancredo e Sarney. Nascia em 1985 a Nova República, uma transição negociada entre segmentos que eram da base de sustentação do regime militar e parte da oposição consentida.

Deste ponto até a Constituinte de 1988 ficaram marcados alguns elementos conjunturais. As greves eram recorrentes e, para amenizá-las, o governo utilizava recursos a fim de executar seu controle social.

Com o objetivo de impedir grandes manifestações populares, os conflitos e manifestações passam a ser internalizados e negociados nos aparelhos estatais, assim como o pacto político no Congresso Nacional. O controle se estende à elaboração da nova Constituição, a ser feita em comissões. As greves são mediadas pelo Ministério do Trabalho, desde que se aceite o “acordo” imposto pelo Estado. Contestações de novos sujeitos coletivos (artistas, mulheres, negros e índios) são atendidas, total ou parcialmente, com a criação de espaços institucionais específicos para tais categorias, no âmbito do Estado. (BRASIL, 2006)

E ainda, segundo Faleiros(1986), nesse quadro de profunda assimetria política e de desigualdade social, o governo utiliza três recursos como resposta às pressões e demandas sociais: a institucionalização dos conflitos, a compensação limitada e a emergência social.

Outro aspecto que também podia ser identificado até 1988 foi que nos novos espaços abertos pelo processo de redemocratização havia o confronto em torno das políticas públicas entre setores privatizantes e segmentos sociais estatizantes Assim, são desenvolvidas estratégias de legitimação, controle, negociação e concessões políticas.

Em suma, o governo Sarney era constituído por um conjunto de forças políticas heterogêneas, que configurava um jogo de interesses opostos: privatistas de um lado, estatizantes de outro. Algo parecido com os últimos governos da ditadura. Nesse sentido, a correlação de forças em disputa e dentro do Estado explicam as dificuldades de implementação da Reforma Sanitárias, onde teses e projetos reformistas eram combatidos por seus adversários privatistas e pela burocracia previdenciária.

Essa compreensão, em torno da dificuldade de implementação, foi desenvolvida na a 8ª CNS. Técnicos e dirigentes do Ministério da Previdência e Assistência Social e do Ministério da Saúde enxergaram que não tinham poder para aprofundar o processo da Reforma Sanitária. No governo Sarney não houve uma substituição das forças políticas. Somente uma ocupação de espaços institucionais por pessoas comprometidas com a Reforma. Isto é, não houveram mudanças estruturais. A questão da saúde era, ainda, tratada de forma técnico-acadêmica e necessitava adquirir dimensão política e social.

Com isso, algumas diretrizes foram tiradas da 8ª CNS, dando prosseguimento a alguns embates e trâmites políticos que resultaram em uma proposta de emenda popular apresentada em plenário da Constituinte em 28 de agosto de 1987. Nesse contexto Sergio Arouca, então Secretário Estadual de Saúde do Rio de Janeiro e presidente da Fundação Oswaldo Cruz, foi de suma importância para a incorporação de tais diretrizes no texto constitucional.

Em seu pronunciamento, Sergio Arouca teceu uma retrospectiva do movimento sanitário e da 8ª Conferência Nacional de Saúde na construção de um ideário sobre o novo sistema de saúde “tropical, nacional, próprio”, sendo a proposta, então apresentada, resultante das teses da 8ª CNS e aprofundada pela 53ª MOBILIZAÇÃO INSTITUINTE (DÉCADAS DE 1970 E 1980) convenção nacional do PMDB, pelos partidos comunistas, pelo PT, fundamentada na CUT, CGT, Confederação Nacional das Associações dos Moradores, sindicatos de médicos, enfermeiros, psicólogos, arquitetos e nutricionistas. Destaca, assim, o caráter suprapartidário do movimento que, se em um primeiro momento, avaliara não ser necessário apresentar emenda por se considerar contemplado

na Comissão da Ordem Social (relatório do senador Almir Gabriel), posteriormente considerou que era preciso ir além no processo, a partir das conclusões da 8ª CNS e, depois, nas discussões de mais de 12 Encontros Nacionais de Saúde – da mulher, do trabalhador, de ciência e tecnologia, de formação em recursos humanos, dentre outros. Entre os inúmeros aspectos abordados por Arouca é apontada a necessidade de acompanhamento e fiscalização da prestação dos serviços próximos ao usuário. (BRASIL, 2006)

Mesmo assim, o detalhamento e regulamentação de tais diretrizes foram remetidos para a legislação complementar.

Dando continuidade a linha histórica desenvolvida neste capítulo, chega-se ao ínterim em que Collor esteve no poder. Esse período foi caracterizado por uma lógica neoliberal, intensificada pela queda do muro de berlim e pela supremacia americana no que diz respeito ao conflito ideológico da Guerra Fria. Com isso, no contexto nacional, há uma diminuição na participação do Estado e por consequência se perde força na implementação e condução das políticas que estavam sendo elaboradas ou tramitadas. Dessa forma o SUS e o direito à saúde ainda eram defendidos pelos movimentos de luta que vinham desde a ditadura militar.

Concomitante a isso o processo participativo havia sido institucionalizado com a Constituição de 1988. O que, segundo Brasil (2006), confere um marco legal da e para a participação social no sistema de saúde (e outros mais). Assim, o Movimento Sanitário conseguiu inscrever a Lei Orgânica da Saúde na Constituição, porém Collor vetou os artigos de participação de comunidade referentes a aprovação do SUS. Tal veto representa, justamente, um retrocesso à democracia participativa que estava sendo construída até então.

2.3.2. Anos 90: 9ª Conferência Nacional de Saúde e Lei Orgânica da Saúde

Após inúmeros trâmites, regulações econômicas e disputas políticas, que sinalizavam o caos desse governo, acontece a 9ª Conferência Nacional de Saúde - ou “a Nona” - que precede o impeachment de Collor. Fundamental para, primeiro,

deflagrar os aspectos da crise do financiamento da saúde, ligada à crise fiscal e orçamentária, assim como dos direitos, da participação e da democratização. E também para aprofundar as diretrizes da 8ª CNS, de 1986. O que reforçou a ideia de um processo participativo e descentralizado no SUS. Sendo a municipalização a grande bandeira da Nona. (BRASIL, 2006)

Resumindo, a conferência foi símbolo de um agrupamento de um movimento diverso que girava em torno de objetivos de uma sociedade justa, igualitária e estruturada eticamente.

Collor, representando o contraponto da ética, é impeachmado e Itamar Franco assume a presidência da república. Na vigência deste governo a maior contribuição se dá pela NOB 93. Com ela os parâmetros de descentralização do SUS são estabelecidos.

A NOB 93 assinala, claramente, que a descentralização deve ser entendida como um processo de redistribuição do poder, redefinição de papéis e estabelecimento de novas relações entre as três esferas de governo, reorganização institucional, reformulação de práticas e controle social. (BRASIL, 2006)

Fica evidente, então, que o SUS é um novo modelo institucional de pactuação federativa, tendo os conselhos de saúde como força central de deliberação e de fiscalização. Eles consolidaram a nova política de saúde, considerando o processo de articulação dinâmico entre os gestores das três esferas, os mecanismos de financiamento e o controle social. Sendo normatizada a garantia dos poderes dos órgãos paritários.

A NOB 93 define os tipos de gestão municipal da saúde como incipiente, parcial e semiplena, exigindo a existência de um conselho municipal de saúde com comprovação semestral de seu funcionamento, com as atas de suas reuniões. A existência de conselhos e seu funcionamento é o requisito, junto com os critérios de distribuição do financiamento, para que o município possa participar

da alocação de verbas. Por este meio é que se pode verificar o poder dos conselhos de impor novas práticas que vão de encontro ao clientelismo, ao nepotismo e aos arranjos da troca de favores e apoios entre os governantes. É uma mudança radical que atinge as formas patrimonialistas de se gerir a coisa pública. (BRASIL, 2006).

Sem mais delongas, está presente no governo de Itamar Franco o fortalecimento do SUS enquanto modelo de saúde instituído.

No período FHC (1995-2002), com as contribuições da NOB 93, ficou marcado a questão da participação nas plenárias de saúde. Que se estruturaram de tal forma a se mobilizar enquanto conselhos de saúde.

Nesse contexto, os conselhos desempenharam dupla função política. Representavam um organismo instituído paritário nas relações Estado-Sociedade, e também como processo instituinte de luta pelo direito à saúde e pelas condições de implementação do SUS.

Concomitante a isso o Estado se reordenava estrategicamente. O neoliberalismo ganhava cada vez mais espaço: as diretrizes de desenvolvimento eram substituídas pelas diretrizes de sustentação da competitividade. O que, segundo Faleiros(2004), reduziu a função e o papel do Estado em favor do mercado.

Despreende-se disso que a lógica do capital internacional e do monetarismo foi fortalecida (BRASIL, 2006, apud Borón, 1994; Soares, 2000; Petras,1999; Fiori, 2001). Ou seja, com o ajuste fiscal as políticas de garantia dos direitos sofriam ameaça de desmonte.

A missão do Estado de direcionar o desenvolvimento (steering capacity) passa a ser muito mais importante do que a tentativa comprovadamente ineficaz de substituir a iniciativa privada na produção de bens e de serviços que não têm natureza essencialmente pública (CARDOSO, 1996, p.42).

A consolidação legal da fala de Fernando Henrique Cardoso se deu com a alteração de diversos artigos da Constituição de 1988. As mudanças se orientaram na

ideia de trazer investimentos estrangeiros; privatizar os ativos do Estado; desnacionalizar o patrimônio público; e reduzir o papel do Estado no processo de desenvolvimento.

Para tanto, foi instaurado um novo modelo gerencial de gestão pública, que assumiu uma atuação complementar ao mercado e transferiu patrimônio público para este. Assim, o cidadão perdia a noção de sujeito de direitos e ganhava o status de cliente-contribuinte. Que por sua vez representava um enfraquecimento da participação social, na qual se tinha as agências reguladoras longe e os conselhos em vias de sucateamento.

Focalizando a discussão acerca da política de saúde em si, foi possível constatar que FHC adotou uma estratégia de Estado e não de Governo. Essa diretriz se apoiou na intenção de eleger José Serra nas próximas eleições. A ideia foi ter a Saúde como locus de promoção do candidato, dessa forma, o destaque da área foi a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu novos mecanismos de financiamento da saúde, com vinculação orçamentária para a área e correção dos valores de acordo com a variação nominal do PIB, conforme Resolução nº 322, do Conselho Nacional de Saúde, de 8 de maio de 2003. Com isso o investimento no SUS se tornou maior e, por exemplo, o programa de saúde da família abrangeu mais estados e usuários.

O número de equipes do Programa de Saúde da Família – PSF12, no governo FHC, passou de 724, em 1995, para 3.147, em 1998, elevando-se para 16.698, em 2002, com crescimento significativo no segundo mandato. Considerando que cada equipe atende, em média, 3.450 pessoas, o total aproximado da cobertura populacional do PSF foi de 56 milhões de brasileiros. (BRASIL, 2006)

O Conselho Nacional de Saúde, nesse período, estava preocupado com a sua participação na definição de regras e o estabelecimento de uma política nacional de saúde como uma política pública integrada e articulada com outras políticas. Ainda,

segundo Silva e Abreu (2002), os conselheiros buscavam discutir uma questão até encontrar um consenso possível, embora fosse “dificílimo”, às vezes, conseguiu-lo.

Nesse sentido, os autores ainda destacam que

A força institucional do Conselho não está na participação de setores populares, embora esta lhe confira legitimidade em face dos demais órgãos da administração pública”. Essa força também não vem da articulação e nem das atribuições intraburocráticas e reside no complexo formado pela relação entre essas dimensões, complexo que não pode ser reduzido à somatória de seus elementos. Assim, a capacidade de o Conselho influenciar políticas públicas depende de sua capacidade de colonizar práticas, alianças, interesses e conflitos feitos, muitas vezes com objetivos ou ganhos heterogêneos entre si. (SILVA e ABREU, 2002, p. 33)

Logo, no geral, é possível dizer que no período FHC ainda houveram entraves para a implementação total do SUS, mas que em comparação a outras épocas tais entraves foram menores e assim instituíram alguns direitos assegurados em lei que antes eram consideradas paradigmas.

2.3.3. Anos 2000: período de implementação de políticas públicas de saúde

Era Lula (2002 - 2010). Nesse período, para melhor detalhamento, torna-se eficaz separar os dois mandatos do Presidente. Então nos seis primeiros meses de governo, segundo Teixeira e Paim (2005), muita energia institucional foi gasta para superar a fragmentação das ações e implantar uma nova organização do Ministério da Saúde. Essa reforma administrativa sugeria uma ênfase na integração da atenção básica com a assistência especializada e hospitalar, destaque para recursos humanos e atenção para os insumos estratégicos e desenvolvimento científico e tecnológico, além de prioridade para a gestão democrática (TEIXEIRA e PAIM, 2005).

Dessa forma - no primeiro mandato - foi possível realizar as propostas, inclusive de cunho inovador, programadas na campanha eleitoral:

- **a Política de Saúde Bucal:** Programa Brasil Sorridente, primeira política de saúde bucal mais abrangente do país, com o intuito de expandir o cuidado odontológico de forma mais universal e em níveis mais complexos (FREITAS, 2007);
- **a Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU):** atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergências;
- **Programa Farmácia Popular:** constituído por uma rede de drogarias privadas credenciada para vender produtos com até 90% de desconto em relação ao preço de comercialização, mediante subsídio governamental.
- **Programa da Saúde da Família:** na ampliação da atenção básica, com aumento de 57% no número de equipes de saúde (FREITAS, 2007); aumento dos recursos do Piso de Atenção Básica, o qual passa do valor de R\$ 10,00, congelado desde 1988, para R\$ 15,00 per capita;
- **Expansão dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS):** impulso à Reforma Psiquiátrica com intenção de “desospitalização” através do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; a tentativa de mudança do modelo de atenção à saúde, a partir de projetos que priorizam o acolhimento e a humanização.
- **Criação da Câmara de Regulação do Mercado de Medicamentos (CAMED)** e a fixação de normas para o controle de preços desses produtos; o apoio aos laboratórios oficiais; a isenção de ICMS para medicamentos de alto custo; o reforço aos medicamentos genéricos; além da convocação da 1ª Conferência Nacional de Medicamentos e Assistência Farmacêutica.
- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004-2007):** considera a diversidade dos municípios e estados, que apresentam diferentes

níveis de desenvolvimento e de organização dos seus sistemas locais de saúde e tipos de gestão. É, acima de tudo, uma proposta de construção conjunta e de respeito à autonomia dos diversos parceiros – entes fundamentais para a concretização das políticas – enfatizando a importância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social.

- **Programa Saúde e Prevenção nas Escolas ao Programa Nacional de DST/AIDS:** ações voltadas para a saúde da criança e do adolescente, entre essas a tentativa de articular a educação sexual nas escolas, tentando prevenir DST e gravidez na adolescência;
- **Implantar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST):** objetivo de disseminar ações de saúde do trabalhador, articuladas às demais redes do Sistema Único de Saúde, SUS. Com a definição da Política Nacional de Saúde do Trabalhador em 2005 (Brasil, 2005), a Renast passou a ser a principal estratégia da organização da ST no SUS, sob a responsabilidade da então Área Técnica de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde, hoje Coordenação Geral da Saúde do Trabalhador
- **Estatuto do Idoso,** em 2003, com um capítulo específico voltado para a saúde e com uma sinalização no sentido de suprimir o processo asilar e atuar na promoção e recuperação da saúde do idoso.

No mais, segundo Menicucci (2011), uma ação relevante no primeiro mandato do Presidente Lula deu-se no âmbito da gestão com a aprovação do Pacto pela Saúde. Do ponto de vista da gestão do SUS, o Pacto pela Saúde traz mudanças qualitativas importantes. O Pacto foi um conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três

esferas de governo, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, contendo três componentes: o Pacto pela Vida, que reforça no SUS o movimento da gestão pública por resultados, ao estabelecer um conjunto de compromissos e metas sanitárias considerados prioritários, a ser implementado pelos entes federados; o Pacto em Defesa do SUS, que expressa um movimento de repolitização da saúde, com uma clara estratégia de mobilização social para buscar um financiamento compatível com as necessidades de saúde, o que inclui a regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 pelo Congresso Nacional; o Pacto de Gestão do SUS, que valoriza a relação solidária entre gestores, definindo as diretrizes e responsabilidades de cada esfera de governo, contribuindo para o fortalecimento da gestão – entre outras coisas, cria colegiados de gestão regionais, importantes arenas federativas de articulação entre gestores com vista ao estabelecimento de relações cooperativas, fundamentais para a garantia do acesso e da integralidade da atenção. As transferências dos recursos federais também foram modificadas, passando a ser divididas em seis grandes blocos de financiamento (Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde), reduzindo drasticamente a fragmentação dos recursos e respondendo a críticas históricas dos gestores estaduais e municipais e buscando consolidar maior autonomia dos entes federados na gestão dos recursos.

Já no segundo mandato, o Programa de Governo não esboçou muitas inovações.

O Programa de Governo para o segundo mandato do Presidente Lula (2007-2010) contém 13 pontos destinados à saúde, mas poucas inovações, reafirmando a continuidade dos programas criados no primeiro mandato e enfatizando o aprofundamento e o aperfeiçoamento dos aspectos básicos do SUS. Exceção é a ênfase no fomento à pesquisa e desenvolvimento tecnológico para a produção de hemoderivados, vacinas, medicamentos e equipamentos. (MENICUCCI, 2011, p. 532 - 533)

Entretanto, no início de 2007, o Ministro da Saúde designado, vinculado ao movimento sanitário, apresentou um novo programa de trabalho.

A política de saúde, que vinha sendo apresentada formalmente como a preservação e a continuidade de um conjunto de diretrizes, ações e metas setoriais e enunciadas tecnicamente, estende sua jurisdição. O deslocamento do teor administrativo dos discursos que vinham embalando as proposições para as políticas de saúde cede lugar às articulações entre a epidemiologia, determinantes sociais da saúde e a política de saúde. Por essa via, a aproximação aos problemas de saúde cotidianos e a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida, a saúde adquire estatuto de prioridade (BAHIA e col., 2007, p. 1791-1818).

Os compromissos assumidos pelo Ministro Temporão enfatizavam a necessidade de articular a compreensão dos determinantes sociais da saúde com o conjunto de providências e ações possíveis dentro da política setorial, destacando os limites dessa política para melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida. As proposições para as políticas de saúde se deslocaram para o enfoque nas articulações entre os determinantes sociais da saúde e a política de saúde. Por essa via, a perspectiva de melhoria das condições e qualidade de vida não se limita à construção do SUS, mas ao aumento da capacidade para interferir na determinação social da doença. A 13^a Conferência Nacional de Saúde realizada em 2007, cujo eixo foi “Qualidade de Vida: Política de Estado e Desenvolvimento”, expressou essa visão.

Além disso, o Ministro fez menção a tabus como o abortamento inseguro e a propaganda de bebidas alcoólicas. Também buscou enfatizar a importância das ações intersetoriais para a saúde e articular esforços nesse sentido, podendo ser destacados alguns exemplos, como o fato de se passar a considerar os acidentes de trânsito como epidemia e o lançamento da Campanha de Prevenção dos Riscos de Consumo de Bebida Alcoólica.

Outra questão foi a vinculação de saúde com desenvolvimento, que colocou a discussão das políticas de saúde para além da atenção à saúde, inserindo a saúde

como um dos pilares do crescimento industrial. Passa-se, no segundo mandato do Presidente, a chamar atenção sobre o lugar estratégico das indústrias produtoras de insumos para a saúde em virtude de seus vínculos com a política de saúde e com a política industrial, tecnológica e de comércio exterior. Ao destacar o lugar dessas indústrias na composição do PIB e na geração de empregos, a competitividade e o potencial de inovação nas indústrias da saúde se sobressaíram, propondo-se que elas deviam se constituir como núcleos centrais da estratégia nacional de desenvolvimento do governo.

A proposta de reorganização e incremento dos investimentos no complexo produtivo da saúde foi vinculada ao aumento da produção de insumos estratégicos, o que conferiu maior autonomia à política de saúde com redução da dependência tecnológica e ocasionou o “PAC da Saúde”, nome atribuído ao Programa Mais Saúde. Integrando a agenda social lançada pelo Presidente em 2007, esse programa apresentou um plano detalhado de investimento e atuação de caráter prioritário do Ministério da Saúde, tendo como pontos mais significativos: a reiteração do elo entre saúde e desenvolvimento socioeconômico; a necessidade de articulação da saúde com outras políticas públicas, tendo a intersetorialidade no centro da estratégia; e a percepção da importância do setor sob o ponto de vista da geração de emprego, renda e produção. No geral da Agenda Social, as ações para a saúde se inseriram na política de desenvolvimento voltada para aliar o crescimento econômico com o desenvolvimento e a equidade social.

Nesse aspecto, portanto, para Cohn (2005), a focalização na saúde no Brasil não está referida ao foco nos mais pobres, mas assume outros sentidos; refere-se a focos específicos a serem atingidos para a solução de um determinado problema e envolve grupos sociais a partir de determinadas características particulares. Nessa perspectiva, a focalização na saúde emergiu - ao longo dos dois mandatos - no interior de uma concepção universalista, como estratégia de implantação da universalização como um direito.

2.3.4. Anos 2010 – NASF e Mais Médicos

Adiante na linha do tempo, chega-se aos governos de Dilma Rousseff (2011-2016). Paim et al. (2011) apresentaram uma análise da saúde no início do governo da presidenta, apontando os avanços e desafios. No que concerne aos desafios o SUS necessitava garantir de forma final o acesso universal e equitativo; aumentar financiamento; e mudar o modelo de atenção. Já no que dizia respeito aos avanços estavam o processo de descentralização dos serviços de saúde para os municípios; ampliação do acesso aos cuidados de saúde; cobertura universal da vacinação e assistência pré-natal; além da expansão de recursos humanos e tecnologias em saúde.

Dentre os avanços, vale ressaltar que em 2011 ocorreu uma nova orientação política na atenção básica. Com a Portaria nº 2.488/2011 o destaque ficou com a implementação Núcleo de Apoio à Saúde da Família. O NASF flexibilizou determinadas normas com relação à organização e gestão do trabalho, especialmente no que diz respeito ao profissional médico. Além disso, foram elaborados alguns programas e políticas, entre eles o Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (Provab), criado pelo Ministério da Saúde em parceria com o da Educação, com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde que atua em equipes multiprofissionais na atenção básica e na Estratégia Saúde da Família, a fim de diminuir a desigualdade entre regiões ao levar os profissionais para locais mais carentes de serviços.

No mais, ainda no primeiro mandato, houve o Decreto nº 8.243/2014 referente à Política Nacional de Participação Social e ao Sistema Nacional de Participação Social, fortalecendo espaços de participação e articulando a administração pública federal com a sociedade civil.

A partir do segundo mandato de Dilma Rousseff, o SUS deixa de ser prioridade em seu programa. Segundo Dominguez (2014), havia basicamente a atualização do Programa Mais Médicos, acrescido do Mais Especialidades. Nem mesmo em seu

projeto de governo ou em seus discursos de vitória e de posse a presidente eleita admitiu a saúde como prioridade, tampouco apresentou estratégias para assegurar a sustentabilidade do SUS.

Em meio a esse contexto, no final de 2015, ocorreu o XV CNS em Brasília, com o tema 'Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas', sendo considerada por diversas entidades do Movimento da Reforma Sanitária do Brasil como espaço importante para mobilização e envolvimento da sociedade civil sobre os rumos do SUS.

No geral, portanto, embora o processo da Reforma Sanitária tenha sofrido diversas derrotas durante os governos Dilma, ele persistiu. A atuação das entidades ligadas ao movimento sanitário que lutaram contra a perda de direitos conquistados demonstram certa continuidade.

2.3.5. 2017 a 2020: o SUS atual

Encerrando a apresentação do SUS, é possível unir o período dos presidentes Temer e Bolsonaro. Isso porque ambos produzem contornos parecidos no que diz respeito a contrarreforma, e avançam em direção a um projeto que é subordinado ao mercado e que trata a doença como fonte de lucro. Deixando de lado o universalismo do Sistema Único de Saúde, e por consequência, a responsabilidade do Estado para com os direitos sociais dos cidadãos.

A partir do Governo Temer verifica-se a aceleração e a intensificação das políticas que contribuem com o desmonte do Estado brasileiro. No governo Bolsonaro tem-se a perspectiva de aprofundamento das contrarreformas iniciadas no governo anterior, haja vista a proposta central de Reforma da Previdência apresentada ao Congresso Nacional em fevereiro de 2019, e as declarações de que será necessário fazer mais com os mesmos insumos, que retiram do horizonte um maior aporte de recursos orçamentários para as políticas sociais. As três características básicas do atual governo são: extremo liberalismo econômico; temor das mobilizações e desprezo pela participação da maioria, ou seja, pela democracia. (BRAVO, et al, 2019, p. 1-13)

Detalhando um pouco mais, no governo Temer tem-se a aceleração os processos de contrarreforma e a continuidade do processo de privatização não clássica na saúde, como já foi ressaltado, adensados pelo congelamento de recursos orçamentários para as políticas sociais por vinte anos, cortes orçamentários na política de saúde; a proposição dos chamados planos de saúde acessíveis; propostas de retrocessos na política de saúde mental e de mudanças na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB; articulação efetiva com o setor privado através da Coalizão Saúde.

Cabe aqui, tendo em vista o objetivo dessa pesquisa, um recorte maior à saúde mental. Nesse sentido, Bravo (2019) coloca:

Com relação à Política de Saúde Mental, têm sido propostas alterações avaliadas como ameaça às conquistas da Reforma Psiquiátrica no país. Por meio da Portaria 3.588/2017 (BRASIL, 2017c), o Governo engendrou mudanças na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que apontam para o fortalecimento das internações em hospitais psiquiátricos e criação de leitos em hospitais gerais e serviços ambulatoriais, por meio de ampliação de recursos para tais fins. A proposta foi aprovada pela CIT em 21 de dezembro de 2017, sem consulta à sociedade. (BRAVO, 2019, p. 1-13)

Em síntese, o Governo Temer repete na saúde a sua tática para o conjunto da gestão, que consiste no aprofundamento das contrarreformas e na aceleração do desmonte das políticas públicas e universais.

Passando para o governo Bolsonaro, é possível aproximar o seu programa com o do governo anterior, indicada pela orientação dos ministros em questão.

Se por um lado, a afirmação de que não haverá retrocessos na máxima constitucional do direito de todos e dever do Estado na saúde pode ser avaliada positivamente, a defesa de um setor privado forte e a não proposição de mais recursos orçamentários para o SUS são preocupantes, pois não contribuem para o fortalecimento do SUS e seu componente público e estatal.

A primeira afirmação (Mandetta) o diferencia do Ministro Barros no Governo Temer, para o qual o SUS não cabia na Constituição, mas a defesa de um setor privado forte e a não ampliação de recursos orçamentários o aproxima deste. (BRAVO, et al, 2019, p. 1-13)

No mais, também vale ressaltar as mudanças na Saúde Mental. A proposta para a política desta pasta gira em torno do sucateamento dos CAPS e do fortalecimento das comunidades terapêuticas, o que imputa o caráter manicomial.

Com relação à Política de Saúde Mental, teve destaque a divulgação da Nota Técnica n.11/2019 da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. O documento reacendeu debates e preocupações em torno desta política, por dois motivos principais: 1. reduziria importância dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e fortalecer as “comunidades terapêuticas”, que pouco tem de comunidade e menos ainda de terapêutica, se configurando com o espaço de violações de direitos e pouquíssimos resultados; 2. liberar a compra de aparelhos de choque elétrico e fortalecer os manicômios, desconsiderando o referencial da reforma psiquiátrica e da luta antimanicomial. Diversas entidades, como ABRASME e ABRASCO verbalizaram ser contrários ao conteúdo da Nota Técnica e o Conselho Nacional de Saúde emitiu recomendação em defesa da perspectiva antimanicomial e contra os retrocessos defendidos na Nota, o que contribuiu para que o documento fosse retirado do ar. (BRAVO, et al., 2019, p. 1-13)

Por fim, no que se refere à participação social - mesmo com os retrocessos apontados anteriormente - tem-se avanços na convocação da 16ª Conferência Nacional de Saúde. Nesta Conferência, denominada de 8ª + 8, o tema Democracia e Saúde retoma a mobilização popular de perspectiva histórica presente na 8ª CNS, cujo relatório final possui a concepção de saúde e os princípios do sistema de saúde que foram discutidos e, em sua maioria, aprovados na constituinte de 1988, consubstanciando o SUS. Este avanço, vale lembrar, decorre da articulação do Conselho Nacional de Saúde e de sua autonomia frente ao governo.

2.4 A inserção da Psicologia no SUS

Mary Jane Spink na obra *A Psicologia em Diálogo com o SUS - prática profissional e produção acadêmica* aborda em seu primeiro capítulo as configurações históricas e os desafios contemporâneos da prática profissional Psi na Saúde Pública.

De início Spink (2007) coloca que se a intenção é introduzir novas formas de atuação que se encaixem com os princípios do SUS é necessário romper com aquilo que foi historicamente construído até a época. Para isso, a autora salienta que é importante ter familiaridade com o que veio a ser instituído no tempo longo da relação entre Psicologia e Saúde Pública. Nesse sentido a autora articula alguns conceitos de Foucault mirando no controle social.

O poder disciplinar, fundamental para o desenvolvimento do capitalismo industrial, tinha por objetivo o controle dos corpos, tornando-os dóceis e fortalecidos para o trabalho produtivo. Ancorava-se duplamente na organização da massa indiferenciada mediante sistemas classificatórios e nas estratégias de vigilância continuada. (SPINK, 2007, p. 28)

Naquele contexto, a Psicologia utilizava os recursos da psicometria, com intenso uso dos testes psicológicos, e práticas de controle e adaptação, conforme disposto a seguir:

O principal mecanismo nesse tipo de gestão por meio de sistemas classificatórios era a norma, e mais precisamente aquela definida a partir das distribuições de frequência. É nesse contexto que se desenvolve uma das mais poderosas ferramentas da Psicologia: o teste psicológico. Também a vigilância dependia de dois mecanismos. De um lado, apoiava-se nas disciplinas, saberes específicos produzidos por e produtores das instituições de vigilância: a escola, a prisão, por exemplo. De outro lado, para que essas ordenações fossem internalizadas, dependia de um regime disciplinar exercido no espaço privado dos lares e das subjetividades: a higiene. (SPINK, 2007, p. 28)

De acordo com a autora, os estudos no campo da genética trouxeram novas mudanças de foco nas estratégias regulatórias. A modalidade de suscetibilidade genética coloca o risco biomédico progressivamente na esfera individual e clínica. A saúde se desenvolve com ênfase na molecularização, na tecnologia médica e a tendência neoliberal à minimização das funções do Estado. Entretanto, essas mudanças apontam tal qual para alterações na forma de como o Estado se posiciona perante a saúde: a biopolítica se transforma em bioeconomia.

Hoje, porém, o argumento para o interesse político na saúde da população já não se coloca mais em termos das consequências da falta de saúde (unfitness) da população como um todo orgânico para a luta entre nações. Ao invés disso, é colocado em termos econômicos - os custos da doença (ill-health) em termos de dias perdidos de trabalho ou aumento das contribuições previdenciárias - ou em termos morais - o imperativo de reduzir as desigualdades em saúde. (SPINK, 2008, p.30 apud ROSE, 2001, p.6)

A partir dessa breve introdução a autora trabalha nesse mesmo capítulo, quatro eixos de discussão, que também serão seguidos aqui: (1) os repertórios historicamente adquiridos na interface entre Psicologia e atenção à saúde; (2) o SUS no contexto histórico da atenção à saúde no Brasil e a reorientação da assistência; (3) a resignificação exigida para pensar saúde na perspectiva coletiva e (4) os desafios que a Reforma Sanitária e o SUS colocam para a Psicologia.

2.4.1 Os repertórios historicamente adquiridos na interface entre Psicologia e atenção à saúde

Para iniciar esse eixo de discussão Spink (2008) coloca que a Psicologia é uma arena de diversidade, e que conseqüentemente haverá heterogeneidade em relação aos repertórios historicamente instituídos do que vem a ser a prática Psi voltada para a Saúde Pública.

No caso brasileiro existem as seguintes trajetórias históricas que foram paulatinamente ressignificadas e integradas à proposta do SUS. No século XVIII/XIX temos a Medicina Clínica - os hospitais; a Medicina Urbana/Sanitarismo; a Vigilância Sanitária e a Loucura, manicômios e hospitais psiquiátricos. No séculos XIX/XX a Atenção materno-infantil e a Medicina previdenciária. Por último, no século XX pós guerra e início do XXI temos a Reforma Psiquiátrica; PAISM e PSF; e a Saúde do Trabalhador.

Tendo esse panorama em vista, a autora diz que o primeiro nicho de atuação da Psicologia está nos campos da Medicina que surgiram nos séculos XIX/XX. Portanto, a atenção materno-infantil e a medicina previdenciária.

Esta Medicina assistencial que alia atenção à saúde e educação terá dois principais focos: a saúde do trabalhador (que nos levará eventualmente à Medicina Previdenciária) e saúde materno-infantil. Talvez tenham sido esses os primeiros nichos da Psicologia na Saúde Pública: os psicodiagnósticos e a atenção à gestante e às crianças, que continuam a ser importantes áreas de aplicação e desenvolvimento de conhecimentos psi. (SPINK, 2008, p. 35)

Depois, na Medicina curativa individual que se configurou outro plano de prática da Psicologia.

Será na vertente da Medicina curativa individual, especialmente na assistência médica especializada, que se configurará um outro tipo de prática psicológica, de caráter mais clínico, voltado às aplicações psicoterapêuticas nas diversas modalidades de terapias breves passíveis de aplicação, por exemplo, no contexto hospitalar. Ou seja, na perspectiva da prática psicológica, o lastro histórico traz mais uma cisão, contrapondo perspectivas de cunho mais individualista, baseada no modelo médico-normativo, com aquelas formatadas na missão disciplinarizadora no enquadre da Medicina Social.
(SPINK, 2008, p. 35)

Seguindo na linha do tempo, é a partir da Segunda Guerra Mundial que o cenário da Saúde Pública se altera e se torna cada vez mais globalizado (SPINK 2008). Cabe aqui um destaque para a importância do evento como um divisor de águas das sensibilidades sociais quanto aos direitos humanos.

Por isso mesmo, para entender as novas configurações de atenção à saúde, torna-se imprescindível acompanhar os desdobramentos desta nos discursos das agências internacionais. Considerando esses novos discursos especificidades da prática psi em serviços de saúde públicos, abandonando, a partir deste momento, a vertente sanitária - das medidas coletivas para garantia da saúde da população - assim como o foco na Medicina curativa individual (que nos levaria à estruturação da atenção médico-hospitalar) e voltaremos a atenção à organização dos serviços de saúde no Brasil, a estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS) e os dilemas que este traz para a Psicologia. (SPINK, 2008, p.36)

2.4.2 O SUS no contexto histórico da atenção à saúde no Brasil e a reorientação da assistência

Alguns marcos históricos podem ser destacados na história da atenção da saúde no Brasil:

Em 1975, buscando dar maior racionalidade aos serviços de saúde, foi promulgada a Lei 6.229 que criou o Sistema Nacional de Saúde, definindo-o como o complexo de serviços (do setor público e privado) voltado às ações de interesse da Saúde, abrangendo ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (embora mantendo a separação organizacional entre o Ministério da Saúde e o da Previdência e Assistência Social). Em 1983/1984 foi formulado o projeto de Ações Integradas de Saúde que adotou os princípios de universalização, descentralização e integração dos serviços de saúde, estabelecendo convênios entre União, estados e municípios na perspectiva dos ideais da constituição de um sistema único e descentralizado. Em 1986 foi

realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, resultante de longo processo de preparação e discussão sobre a questão da saúde envolvendo profissionais de saúde, intelectuais, centrais de trabalhadores, movimentos populares e partidos políticos. Seu relatório final serviu como subsídio para os deputados constituintes elaborarem o artigo 196 da Constituição Federal sobre a Saúde. (SPINK, 2008, p. 38)

Dessa maneira, a Constituição de 1988 valoriza a saúde como direito de todos e dever do Estado e promove a descentralização das ações em saúde para que os diversos municípios elaborem políticas à realidade local.

O texto constitucional referenda os princípios básicos do SUS: universalidade, gratuidade, integralidade e organização descentralizada. E, com base no texto constitucional, em 1999 foi aprovada a Lei 8080 que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. (SPINK, 2008, p. 39)

A tônica, então, passa a ser a promoção de saúde e prevenção da doença, abrindo uma nova dimensão na compreensão dos fenômenos da saúde e da doença: a determinação social. Assim, Spink (2008) diz que o social se faz presente não só no processo saúde-doença, como também na esfera do comportamento. O que traz para a discussão a reflexão sobre a cultura de classe e os significados do adoecimento.

O atendimento em nível primário, dependendo da aderência ao serviço e/ou ao tratamento, torna premente a questão dos sentidos polissêmicos da saúde e da doença e dos papéis desempenhados por diferentes profissionais. A saúde torna-se multidisciplinar. Obviamente, a noção de integralidade, assim, como a organização de serviços básicos de saúde com base em equipe multiprofissional, abre as portas desses serviços para a Psicologia, que passou a integrar as equipes profissionais que atuavam nos centros de saúde e nas unidades básicas de saúde. (SPINK, 2008, p.40)

Posteriormente a essa nova possibilidade de atuação, o debate se especifica no que concerne à promoção de saúde. Então, segundo Spink (2008), progressivamente existe uma expansão dos componentes de saúde que passam a considerar o ambiente físico, psicológico e social, para além dos aspectos biológicos do adoecimento e das ações voltadas à prevenção e recuperação da saúde. E, por causa disso, abrem-se novas possibilidades para pesquisa e intervenção de cunho psicossocial que possuem por fundamento o risco, as vulnerabilidades, a violência e a exclusão social como conceitos. Do ponto de vista prático, o uso de estratégias diversificadas - grupos, por exemplo - definidas em conjunto, e de forma dialógica, com a população atendida e com os demais profissionais da saúde.

2.4.3 A resignificação exigida para pensar saúde na perspectiva coletiva

A Saúde Pública passa a ser discutida versus a Saúde Coletiva. É possível identificar alguns paradigmas, segundo Spink(2008) utilizando Birman(2005), conforme disposto a seguir:

A Saúde Pública (SP), que se formata no final do século XVIII, tem caráter biológico, adota medidas sanitárias para combater as epidemias e endemias, bem como o esquadramento estatístico da epidemiologia que começava a se formalizar na época (SPINK, 2008).

Na contramão está a Saúde Coletiva (SC), que “(...) se constituiu através da crítica sistemática do universalismo naturalista do saber médico” (SPINK, 2008, p.42 apud Birman, 2005, p.12). Portanto, ela está associada de maneira íntima à entrada das ciências humanas na saúde que, por sua vez, passam a criticar as categorias universais da SP. À vista disso, a Saúde Coletiva é um campo aberto à multidisciplinaridade, incluindo a Psicologia com ênfase a Psicologia Social, conforme verifica-se:

Como campo de conhecimento, a Saúde Coletiva certamente pode estabelecer um diálogo profícuo com a Psicologia, especialmente nas dimensões

relacionadas com a compreensão das práticas de saúde; da maneira como a população identifica suas necessidades de saúde, as explica e se organiza para lhes dar solução e, ainda, como se dão os processos de comunicação social em saúde. Ou seja, a Psicologia contribui retomando na Saúde a problemática do sujeito e, contanto que as pesquisas e teorizações sejam definidas de forma crítica, contrapondo-se às tendências universalizantes e biologizantes da Saúde Pública, enriquece o campo da Saúde Coletiva. (SPINK, 2008, p.43)

A autora sustenta que a área da Saúde Coletiva configura-se como um campo de práticas multidisciplinares e de ampliação das intervenções, volta-se para o espaço das comunitário e social, além da inserção institucional, e baseia-se na promoção à saúde e qualidade de vida.

2.4.4 Os desafios que a Reforma Sanitária e o SUS colocam para a Psicologia

O campo da saúde coletiva apresentou para a Psicologia diversas demandas incidindo sobre a prática profissional. De acordo com Spink (2008), os desafios foram colocados para os trabalhadores da saúde e a sociedade em geral, sendo o primeiro a consolidação do Sistema Único de Saúde, pois após anos da sua implantação verifica-se que,

O SUS ainda sofre com problemas como acesso, financiamento, descentralização, participação popular, iniquidade do sistema em relação às demandas regionais, oferta de serviços e insumos, além da gestão e formação para o trabalho em saúde. (SPINK, 2008, p.44)

Uma diversidade de tentativas e vários estudos têm sido feitas/publicados para compreender as dificuldades de avançar os ideais da reforma sanitária. Entre algumas das estratégias para produzir um maior alinhamento com os princípios e objetivos do SUS, com o intuito de reformular a formação e o trabalho em saúde, estão a expansão

do Programa de Saúde da Família (PSF), compreendido como a estratégia principal de reorientação do modelo assistencial, que tenta superar o modelo hospitalocêntrico e fazer chegar algum tipo de atenção à saúde a uma população historicamente excluída; a criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) desenvolvendo iniciativas como os polos de educação permanente; o Ensina-SUS e o fortalecimento das Escolas Técnicas do SUS. Nesse sentido, é importante frisar que o desafio de formar profissionais mais alinhados aos ideais e demandas do SUS não é exclusividade da Psicologia, constituindo-se como preocupação para a maioria das profissões do campo da Saúde (SPINK 2008).

Além disso a autora também coloca que esse esforço se deve aos mecanismos de indução financeira e à expansão do mercado de trabalho em Saúde para reorientação do sistema por meio do PSF e dos dispositivos assistenciais da Reforma Psiquiátrica, como é o caso dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das equipes matriciais.

Existe uma clara tendência política de incentivar a formação e a organização de equipes de saúde, para ampliação do acesso e para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica. Nesse sentido, diversas profissões têm voltado sua atenção para a expansão desse “novo” mercado, mais identificado com os discursos da Saúde Pública, Saúde Coletiva e com os ideais de democratização e socialização das questões da saúde. Assim, pretende-se substituir o enfoque centrado no indivíduo e no modelo médico-curativo para redescrever suas teorias e práticas numa perspectiva coletiva e voltada à integralidade. (SPINK, 2008, p. 45)

Não obstante é possível identificar o primeiro desafio para Psicologia em específico, que é, a partir de sua história, complexidade de teorias, práticas e ideologias, construir saberes e práticas mais alinhadas aos valores e ideias do SUS. Sendo assim, já se situa o segundo desafio que Spink (2008) identificou a Psicologia no SUS: a noção de indivíduo.

A prática privada dos psicólogos e sua identificação histórica com o modelo médico-normativo, como discutido anteriormente, formaram a identidade cultural do psicólogo, que identificamos com o tempo vivido. A perspectiva diagnóstica e clínica, que tem sido produzida nas unidades de saúde do SUS por meio de práticas dissociadas dos contextos sócio-sanitários e da integralidade, trazem a marca do enorme desafio de formação, pesquisa e organização do trabalho que a Psicologia tem pela frente. Não é incomum encontrarmos psicólogos em atividades prioritariamente ambulatoriais, em hospitais e unidades de atenção básica. Ao mesmo tempo, diversas atividades do campo da Saúde Mental, historicamente contra-hegemônico no que diz respeito à prática psicológica, avançaram na compreensão ampliada do processo saúde-doença, identificando os atravessamentos políticos, sociais, institucionais e discursivos presentes nas traduções sobre o chamado louco e sobre a loucura (Amarante, 2000). Nesse particular, a influência da Psicologia Social e da abordagem institucionalista foram fundamentais para a denúncia da medicalização do campo da Psiquiatria e na formulação de propostas para sua crítica e superação. (SPINK, 2008, p.47)

A partir disso, para Spink (2008), se constitui o terceiro desafio da Psicologia, que é instituir um diálogo proficiente entre a Saúde Mental e a Saúde Pública. Assim, para atingir os objetivos da Reforma Sanitária é necessário expandir seu campo de interpretação e ação, incorporando os desafios os desafios da Reforma Psiquiátrica, a partir da integralidade das ações de saúde.

A integralidade, como um princípio do SUS, tinha como preocupação inicial dar organicidade ao sistema, articulando ações de prevenção e ações curativas, antes separadas, política e administrativamente, nos Ministério da Saúde e da Previdência. Ou seja, as políticas e serviços do SUS devem se organizar a partir da integralidade das ações de saúde, compreendendo articuladamente ações de prevenção, tratamento e reabilitação. Como aponta Mattos (2001). alguns sentidos de integralidade foram se construindo para além de seu sentido constitucional, focalizando a atenção à pessoa como um todo e não somente sua descrição biológica, compreendendo o processo saúde-doença como constituído a partir dos registros social, econômico, político e também psicológico. Resignifica, portanto, o paciente como um sujeito de direitos, que deve ser atendido a partir de suas necessidades, dando origem a discursos e

práticas como a Medicina Integral, a Psicologia Médica e a Bioética. (SPINK, 2008, p.47)

Com base nessa acepção, a integralidade se torna uma espécie de ética. Um valor que pretende construir as políticas, os processos de trabalho e as ações a partir da centralidade do usuário e dos sujeitos envolvidos na ação. Trata-se de uma micropolítica dos processos de atenção à saúde ou, para usar a terminologia de Mehry (2005), das tecnologias leves que são os dispositivos de relações entre profissionais e usuários. Essas seriam as tecnologias mais usadas no sistema de saúde e que, bem organizadas, trariam maior qualidade e efetividade a essas ações (SPINK 2008).

Nesse sentido, há um outro desafio que toma como partida a humanização. Humanizar, como é proposto para o SUS, significa reorganizar os processos de trabalho, formar e qualificar trabalhadores, garantir os direitos e a cidadania dos usuários por meio do controle e da participação popular; é instituir práticas fundadas na integralidade (SPINK, 2008 apud Benevides, 2005). Os atores da Saúde Coletiva foram participantes importantes do movimento de Reforma Sanitária que levou à aprovação e implantação do SUS. Não surpreende, pois, que, nos princípios básicos do SUS, estejam incluídas: a regionalização - enfatizando o nível local da atenção à saúde; a integralidade - enfatizando a perspectiva transdisciplinar da atenção à saúde; e a participação popular enfatizando o necessário envolvimento de todos na implementação plena do SUS.

Se pensarmos a atenção à saúde a partir da perspectiva transdisciplinar, de junção de forças para consecução do ideal de universalização e integralidade da atenção à saúde, temos, sem dúvida, que repensar o lugar possível da Psicologia nesse novo enquadre. Isso não é difícil quando refletimos a partir da ótica da Psicologia Social, em que a transdisciplinaridade e a subversão dos espaços tradicionais de atuação há muito tempo são praticadas. Assim, não é por acaso, que há um diálogo confortável entre membros da Associação

Brasileira de Psicologia Social (ABRAPSO) e da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). (SPINK, 2008, p. 49)

Spink (2008) diz que quando contrapomos as vertentes históricas das ferramentas Psi aplicadas à atenção à saúde, que são mais voltadas aos processos de individualização, com as necessidades decorrentes do enquadre coletivo, temos desafios políticos consideráveis no que concerne à formação dos psicólogos para atuação no SUS.

Em síntese, foi se conformando um campo de estudos denominado de Psicologia da Saúde que esteve vinculado ao modelo biomédico, baseado na atenção secundária, no modelo clínico e assistencialista, sendo a singularidade e historicidade dos indivíduos negligenciadas. O modelo biomédico cedeu lugar ao modelo biopsicossocial baseado no reconhecimento da interação entre fatores biopsicossociais e ambientais na saúde.

A psicologia precisou criar novas teorias e práticas coerentes com o contexto da saúde, já que o embasamento teórico-prático que o psicólogo possuía era relativo ao atendimento clínico individual, utilizado nos consultórios privados. As novas perspectivas foram baseadas na visão social, história e crítica dos processos de saúde e doença e no compromisso com os direitos sociais, numa ótica coletiva. A intervenção foi direcionada para os serviços de atenção primária na atenção à comunidade considerando os fatores históricos, sociais e culturais, além dos individuais envolvidos nos processos de saúde-doença.

CAPÍTULO 3: ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório.

A metodologia da pesquisa consiste em uma pesquisa de revisão bibliográfica e historiográfica, que incluirá trabalhos científicos nos seguinte formato: artigos.

A pesquisa foi realizada pelas seguintes palavras-chave: psicologia; psicólogo; políticas públicas; SUS; NASF; substâncias psicoativas; drogas. A partir do material levantado foi possível construir uma visão mais ampla e assertiva sobre a interação entre o campo da Psicologia e das Políticas Públicas.

Estudos baseados em documentos como material primordial, sejam revisões bibliográficas ou pesquisas historiográficas, apreendem deles toda a análise, organizando-os e interpretando-os segundo os objetivos da pesquisa proposta.

Escolher o método de revisão bibliográfica ou de pesquisa historiográfica é também executar uma forma de garimpo.

Trata-se de um processo de garimpagem ; se as categorias de análise dependem dos documentos, eles precisam ser encontrados, extraídos das prateleiras, receber um tratamento que, orientado pelo problema proposto pela pesquisa, estabeleça a montagem das peças, como num quebra-cabeça. (PIMENTEL, 2001, p. 180 apud Antunes)

Dessa forma, o foco neste capítulo é descrever a metodologia da pesquisa.

O tema a ser discutido envolveu, necessariamente, um recorte de um período histórico da História do Brasil. Tal passado implica obter informações sobre personagens, eventos e instituições que não existem atualmente, mas que foram elementos cruciais da construção histórica do país e que, por isso, mantêm influências recentes em diversas esferas da nossa sociedade atual.

Embora alguns personagens, instituições e acontecimentos não pertençam ao cenário atual, isto não significa que estejam confinados ao esquecimento. Ao

contrário, eles estão presentes de alguma forma em cada um de nós, em nossa atuação e em nossa produção de conhecimento, pois estamos envolvidos e partimos exatamente do que anteriormente foi elaborado. (PIMENTEL, 2001, p. 192)

Assim, investigar as peças que compunham esse determinado cenário temporal é fundamental para desenvolver um trabalho de reconstituição da memória. No caso, das personagens, movimentos, instituições, paradigmas e valores que estavam presentes na formulação do SUS como ideia e depois, de fato, como uma política pública. O que auxilia, sem precedentes, em efetuar uma articulação justa entre passado e presente.

No processo de articulação do presente com o passado, o pesquisador volta-se às suas raízes, ativa ou reativa a memória, distanciando-se assim de uma possível fragmentação quando procura, na investigação, o elo entre esses dois tempos históricos da atividade humana, para além de análises presentistas que o levariam apenas a ratificar o passado e glorificar o presente. A pesquisa historiográfica constitui-se em evidências coordenadas e interpretadas, exigindo do pesquisador o trabalho de suplantar sua própria contemporaneidade sem deixar-se cair, entretanto, num historicismo que se traduziria em anacronismo, numa interpretação errônea, distorcida do passado. (PIMENTEL, 2001, pg 192)

Aliado a isso fazer a revisão bibliográfica de produções atuais para construir minha própria contemporaneidade sobre o assunto que, justamente, será suplantada pela pesquisa histórica.

No mais, o termo “teórico” da revisão é utilizado para indicar que não será utilizada a forma de revisão empírica. E também porque uma revisão teórica tem, quase sempre, o objetivo de limitar um dado problema de pesquisa dentro de um enquadre de referencial teórico que pretende explicá-lo.

A importância dessa circunscrição assume diferentes contornos dependendo do tipo de problema em estudo, da teoria em questão e do compromisso com a teoria daquele que julga o trabalho ou mesmo da sua concepção de teoria. (LUNA, 1997, p. 20)

Aqui o problema assume uma forma baseada em diversas teorias. Isto é, não há uma teoria específica que evoque a discussão proposta e, em decorrência disso, deriva de motivações, ambientes e aprendizagens oriundas da formação como psicólogo e cidadão. O que também configura um parâmetro de pesquisa.

Contudo, parece haver pontos específicos a discutir que independem dos parâmetros citados acima. Dois deles são exemplificados a seguir. [...] O problema não é gerado por nenhuma teoria particular, mas pode ser derivado de várias teorias, ou por elas explicado. Termos como motivação, aprendizagem, ambiente, maturação, por exemplo, integram um sem número de teorias da Psicologia e da Educação. (LUNA, 1997, p. 20)

3.1 Etapas da pesquisa bibliográfica

Foram selecionados artigos científicos sobre a prática do psicólogo nos NASF junto à questão das substâncias psicoativas, nas plataformas Scielo e Pepsic, produzidos nos últimos 11 anos, conforme descrito a seguir:

1. Plataformas Scielo

Pesquisa por artigos, palavras-chave utilizadas e resultados obtidos:

- NASF e Psicólogo - 8 artigos.
- Selecionados: 2 artigos após a leitura dos respectivos resumos.

2. Plataforma Pepsic

Pesquisa de artigos, palavras-chave utilizadas e resultados obtidos:

- NASF e Psicólogo - 9 artigos.
- Selecionados: 3 artigos após a leitura dos respectivos resumos.

Quadro 1 – Artigos utilizados neste estudo, por ordem cronológica. São Paulo, 2020.

TÍTULO/Nº ARTIGO	AUTOR	PERIÓDICO	ANO	BASE
1- O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica.	DE JESUS MOREIRA, Diana; GOMES DE CASTRO, Marden.	TransFormações em Psicologia, [s. l.], v. 2, ed. 2, p. 51-64	2009	Scielo
2- O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações.	CELA, Mariana; FERNANDES DE OLIVEIRA, Isabel.	Estudos de Psicologia (Natal), [s. l.], v. 20, ed. 1, janeiro/março	2015	Scielo
3- A experiência da Psicologia no NASF: capturas, embates e invenções.	PERRELLA, Ana Carolina.	Revista Interinstitucional de Psicologia, Juiz de Fora, v. 8, ed. 2	2015	Pepsic
4- O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência.	MATOS FERREIRA FURTADO, Maria Edilânia; BRANDÃO CARVALHO, Liliane.	Revista Psicologia e Saúde, [s. l.], v. 7, ed. 1	2015	Pepsic
5- Consumo de álcool e drogas e o trabalho do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família.	OLIVEIRA LIMA, Ana Izabel; DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo.	Psicologia em Pesquisa, UFJF, v. 9, ed. 2, Julho-Dezembro	2015	Pepsic

Fonte: produção do autor.

3.2 Metodologia de análise

A metodologia de análise é baseada nos Núcleos de Significação, cuja a epistemologia tem origem na Psicologia Sócio-Histórica e no campo da Psicologia Social.

Aguiar e Ozella (2006) “Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos”, descrevem e exemplificam o procedimento de análise por meio dos núcleos de significação. Primeiramente os autores ressaltam que os procedimentos ou instrumentos não são exclusivos, mas fundamentais para os objetivos dentro de uma proposta de pesquisa qualitativa.

Em um segundo momento os autores descrevem as etapas de análise - que também serão seguidas na presente pesquisa.

1. Leitura flutuante e organização do material: os pré-indicadores.

É o momento de partida em que a intenção é fazer uma análise do sujeito. Isto é, a partir das palavras inseridas no contexto - entendendo aqui como contexto desde a narrativa do sujeito até as condições histórico-sociais que o constituem - que lhes atribuem significado. Depois, tem-se o início de leituras flutuantes com o objetivo de se familiarizar e apropriar do texto.

Essas leituras nos permitem destacar e organizar o que chamaríamos de pré-indicadores para a construção dos núcleos futuros. Irão emergindo temas os mais diversos, caracterizados por maior frequência (pela sua repetição ou reiteração), pela importância enfatizada nas falas dos informantes, pela carga emocional presente, pelas ambivalências ou contradições, pelas insinuações não concretizadas, etc. (AGUIAR e OZELLA, 2006, p. 230)

Esses pré-indicadores, normalmente, são em grande número e irão compor um quadro amplo de possibilidades para a organização dos núcleos. E, um critério básico para filtrar esses pré-indicadores é verificar sua importância para a compreensão do objetivo da investigação.

2. Os indicadores e os conteúdos temáticos

Essa etapa consiste em um processo de aglutinação dos pré-indicadores, seja pela similaridade, pela complementaridade ou pela contraposição, de modo que levem a menor diversidade, e que permite caminhar na direção dos possíveis núcleos de significação. Os critérios de aglutinação não são necessariamente isolados entre si.

Por exemplo, alguns indicadores podem ser complementares pela semelhança do mesmo modo que pela contraposição: um fato identificado como pré-indicador, ao ser aglutinado, pode indicar o caráter impulsionador/motivador para ação em uma determinada condição. Inversamente, o mesmo fato pode funcionar como paralisador da ação em outro momento, mas ambos podem ser indicadores importantes no processo de análise. (AGUIAR e OZELLA, 2006, p. 230)

Esse momento, portanto, já caracteriza uma fase do processo de análise, mesmo que ainda empírica e não interpretativa, mas que ilumina um início de nuclearização.

3. Construção e análise dos núcleos de significação.

A partir dos indicadores criados é iniciado um processo de articulação que resultará na organização dos núcleos de significação através de sua nomeação. Nesse processo de organização dos núcleos de significação, segundo Aguiar e Ozella (2006), é possível verificar as transformações e contradições que ocorrem no processo de construção dos sentidos e dos significados, o que vai possibilitar uma análise mais consistente que considera tanto as condições subjetivas quanto as contextuais e históricas.

Nessa etapa se espera um número reduzido de núcleos, de modo que não ocorra uma diluição e um retorno aos indicadores. Ou seja, os núcleos resultantes devem expressar os pontos centrais e fundamentais que trazem implicações para o sujeito.

4. A análise dos núcleos

A análise se inicia por um processo intra núcleo, avançando para uma articulação internúcleos. Em geral, esse procedimento explicita semelhanças e/ou contradições que vão novamente revelar o movimento do sujeito. Tais contradições não necessariamente estão manifestas na aparência do discurso, sendo apreendidas a partir da análise do pesquisador. Do mesmo modo, o processo de análise não deve ser restrito à fala do informante, ela deve ser articulada com o contexto social, político, econômico, em síntese, histórico, que permite acesso à compreensão do sujeito na sua totalidade (AGUIAR e OZELLA, 2006).

CAPÍTULO 4: ANÁLISE

4.1 Pré-indicadores gerais

ARTIGO 1 - O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica.

- Promoção de saúde
- Princípios do SUS
- Ação em saúde mental
- Risco psicossocial
- Reabilitação e reinserção psicossocial
- Princípios do SUS
- Abordagens coletivas/Trabalho com grupos
- Redução de danos
- Combate a discriminação
- Portaria de 2008 (diversas vezes)
- Compromisso com realidade social do território
- Ampliar autonomia e co-responsabilidade
- Transversalidade: é no entre os saberes que a saúde se efetiva
- Construção coletiva e do coletivo
- Práticas dialógicas e espaços mais democráticos
- Formação incipiente dos psi à saúde coletiva e à prática dos psicólogos nos serviços de saúde
- Profissional generalista
- Estratégias para incentivo da participação e controle social
- Construir um modelo de atenção à saúde pertinente à realidade local
- Princípios do SUS
- Inserção Sócio-cultural
- Promoção de saúde
- Trabalho com a rede

- Redução de Danos
- Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades

ARTIGO 2 - O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações.

- Saúde = condições sociais diversas
- Portaria de 2008
- Princípios do SUS
- Corresponsabilidade entre os profissionais que compõem suas equipes e a população de usuários
- Promoção de Saúde
- Apoio Matricial
- Reabilitação psicossocial
- Trabalho com a rede
- Projeto Terapêutico Singular (PTS)
- Portaria de 2008
- Atuação interdisciplinar “medíocre”
- Visão integral
- Responsabilidade com o território/realidade em que se está
- Possibilitar trabalho em/de grupo
- Concretização do apoio matricial
- Facilitador do vínculo profissionais-usuários/comunidade
- Rede de condicionantes sociais que determinam o processo saúde-doença
- Interdisciplinariedade
- Psicologia não-tradicional
- Apoio matricial
- Integralidade
- Trabalho em equipe multiprofissional

- Corresponsabilidade no contexto interdisciplinar
- Foco contextual dos usuários
- Mentalidade profissional centrada na participação e no compromisso social
- Prática centrada na promoção de saúde
- Adequação de técnicas e saberes de acordo com a realidade do sujeito
- Profissional politizado

ARTIGO 3 - O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência.

- Portaria de 2008
- Políticas de saúde como símbolo da democratização
- Princípios do SUS
- Promoção de saúde
- Prevenção de saúde
- Composição multiprofissional
- Profissional da saúde mental generalista
- Integralidade
- Apoio matricial
- Ator social

ARTIGO 4 - A experiência da Psicologia no NASF: capturas, embates e invenções.

- Equipes multiprofissionais
- Apoio Matricial
- Clínica Ampliada
- PTS
- Transversalidade
- Atenção a demanda regional
- Interdisciplinariedade

- Prática clínica tradicional
- Rompimento de dicotomias
- Entendimento de inseparabilidade
- Autonomia e Corresponsabilidade
- Transversalidade
- Trabalho em rede
- Dispositivos de cogestão
- Dificuldade com a integralidade
- PTS
- Prática articulada com o território
- Cuidado hegemônico e tradicional

ARTIGO 5 - Consumo de álcool e drogas e o trabalho do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família.

- Álcool e outras drogas constituem um dos mais graves problemas de saúde
- Programas e políticas de prevenção e assistência articulados
- Fato impõe aos diversos campos de conhecimento científico a necessidade de desenvolver estratégias para abordar adequadamente a problemática do uso abusivo de tais substâncias
- É essencial a inserção de práticas de saúde mental na AP destinadas à problemática do consumo de álcool e drogas.
- Perspectiva de atenção integral e humanizada, em articulação com os profissionais e os serviços já inseridos nos territórios
- Clínica ampliada
- Diversidade de áreas no NASF (multidisciplinariedade)
- NASF principal ferramenta brasileira para a implantação de ações em saúde mental na AP
- Promoção de saúde

- Ações articuladas com território
- Apoio matricial
- Construção conjunta de projetos singulares
- Fortalecimento do tecido comunitário
- NASF 3
- Responsabilidade compartilhada
- Trabalho com as redes de cuidado
- Coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário
- Políticas públicas de diferentes áreas articuladas (integração)
- Atuar na perspectiva de garantia dos direitos
- Posição de redução de danos
- Psicólogo deve ampliar seus conhecimentos e intervenções com as famílias,
- Conduta profissional de caráter coletivo,
- Integrar as equipes multiprofissionais
- Rompimento com formação tradicional
- Entender particularidades de cada família
- Despreparo dos profissionais (formação)
- Crítica a compreensão reducionista em torno do uso de drogas
- Trabalho em rede com diversos equipamentos
- Apoio matricial
- Repensar a formação dos diversos cursos da área da saúde para o âmbito da saúde mental e do consumo abusivo de substâncias psicoativas
- Redução de danos
- Tecnologias relacionais de acolhimento empático; vínculo; e confiança
- Ações de educação permanente
- TIB
- AP como prevenção

4.2 Formação dos Indicadores

Indicadores teóricos:

- Promoção de Saúde
- Prevenção de Saúde
- Integralidade
- Transversalidade
- Apoio Matricial
- Trabalho em Rede
- Trabalho em equipe multiprofissional
- Compromisso com realidade social do território/Atenção a demanda regional
- Ampliar autonomia e co-responsabilidade
- Construção coletiva e do coletivo
- Possibilitar trabalho em grupo/de grupos
- Profissional da saúde mental generalista
- Facilitador de dispositivos de cogestão: participação e controle social

Indicadores teóricos/práticos.

- Integralidade
- Transversalidade
- Apoio Matricial
- Trabalho em Rede
- Trabalho em equipe multiprofissional

Indicadores teóricos no cuidado das substâncias psicoativas.

- Portaria de 2008
- Álcool e outras drogas constituem um dos mais graves problemas de saúde

- Programas e políticas de prevenção e assistência articulados
- Fato impõe aos diversos campos de conhecimento científico a necessidade de desenvolver estratégias para abordar adequadamente a problemática do uso abusivo de tais substâncias
- É essencial a inserção de práticas de saúde mental na AP destinadas à problemática do consumo de álcool e drogas.
- Perspectiva de atenção integral e humanizada, em articulação com os profissionais e os serviços já inseridos nos territórios
- Clínica ampliada
- Diversidade de áreas no NASF (multidisciplinariedade)
- NASF principal ferramenta brasileira para a implantação de ações em saúde mental na AP
- Promoção de saúde
- Ações articuladas com território
- Apoio matricial
- Construção conjunta de projetos singulares
- Fortalecimento do tecido comunitário
- NASF 3
- Responsabilidade compartilhada
- Trabalho com as redes de cuidado
- Coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário
- Políticas públicas de diferentes áreas articuladas (integração)
- Atuar na perspectiva de garantia dos direitos
- Posição de redução de danos
- Psicólogo deve ampliar seus conhecimentos e intervenções com as particularidades de cada família
- Conduta profissional de caráter coletivo
- Integrar as equipes multiprofissionais

- Rompimento com formação tradicional
- Crítica a compreensão reducionista em torno do uso de drogas
- Trabalho em rede com diversos equipamentos
- Apoio matricial
- AP como prevenção

Indicadores práticos do Psicólogo no NASF: substâncias psicoativas.

- Redução de danos
- Triagem e intervenção breve (TIB)
- Trabalho em grupos
- Tecnologias relacionais de acolhimento empático; vínculo; e confiança
- Ações de educação permanente (dos usuários e profissionais)
- Formação de profissionais

4.3 Construção e Análise dos Núcleos de Significação

A partir dos indicadores foi possível chegar nos seguintes Núcleos de Significação:

1. Fundamentações teóricas para atuação do psicólogo no NASF
2. Atuação no NASF: dificuldades e realizações.
3. Atuação do Psicólogo no NASF relacionada ao uso de substâncias psicoativas.
4. Desafios para o psicólogo na atenção ao usuário de álcool e outras drogas.
5. Política de redução de danos e atenção psicossocial.

A análise seguiu um caminho intra-núcleo e, posteriormente, inter-núcleos.

Núcleo 1 - Fundamentações teóricas para atuação do psicólogo no NASF

Tendo em vista os 5 artigos selecionados, a fundamentação teórica é apresentada em todos eles, ou seja, elas dizem respeito a todo o conhecimento teórico que está cristalizado ou que deveria servir de base para um Psicólogo que atua no SUS e mais especificamente no NASF.

Em primeiro lugar o que é colocado nos 5 artigos é que o profissional da Psicologia, que atua em uma equipe multiprofissional do NASF, terá seu trabalho voltado principalmente para promoção e prevenção de saúde. Isso porque o seu trabalho está balizado, antes de tudo, pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) e pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A PNPS estabelece diretrizes e aponta estratégias de organização das ações de promoção da saúde nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) - municipal, estadual e federal. Foi criada com o intuito de garantir a integralidade do cuidado, promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais – e incorporar e implementar ações de promoção da saúde, com ênfase na atenção básica (Portaria GM nº 687, 2006).

Segundo Castro & Malo (2006) nos últimos vinte e cinco anos, o conceito de promoção de saúde vem sendo reelaborado, podendo ser assim definida:

Promover a saúde significa então recuperá-la como valor de uso e resgatá-la como instrumento de preservação e de desenvolvimento da vida. [...] A Promoção de Saúde propõe uma agenda para o campo da saúde baseada em uma discursividade que sugere a necessidade de se construir políticas públicas saudáveis, que por sua vez propiciaram a criação de ambientes favoráveis à saúde. Reforça a necessidade de ações e empowerment comunitário (retomando um dos princípios de Alma-Atá), de se orientar os serviços de

saúde e de se desenvolver habilidades individuais direcionadas à educação e ao autocuidado (CASTRO & MALO, 2006, p. 27).

Já a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) caracteriza este nível de atenção como porta de entrada preferencial do sistema de saúde e a define como:

Um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006, p. 2)

Isto é, todo esse conjunto de ações que são descritos na Portaria, supracitada, desencadeiam um plano de prevenção de saúde. Dessa forma, o intuito é de que a atenção básica consiga suprir a maioria das demandas que chegam nos equipamentos que a compõe, e assim consigam prevenir que os serviços de saúde de maior complexidade não sobrecarreguem e cheguem ao seu limite.

Na atenção básica, então, as equipes de saúde da família são as que vão entrar em contato e cuidar diretamente da população. Essas equipes são formadas por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, um odontólogo e quatro a seis agentes comunitários de saúde que são responsáveis pela cobertura de determinado território. Nesse sentido, devido a grande complexidade, as ações dessas equipes acabaram por exigir a interferência de outros profissionais da saúde, organizando uma estrutura de apoio matricial, hoje referendada e ampliada pela portaria nº 154/08 do Ministério da Saúde que cria O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) 53 os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Assim, fica claro que o psicólogo necessita compreender o conceito ampliado de saúde, no qual estão envolvidos fatores sociais, culturais, psicológicos e médicos. E que por isso o apoio prestado às ESF é matricial. Logo, nos NASF, devem estar presentes diferentes equipes, como: equipe de atividade física (profissionais de Educação Física), de alimentação (nutricionistas), de reabilitação (fisioterapeutas e fonoaudiólogos), de serviço social (assistentes sociais), de saúde mental (psicólogos, psiquiatras e terapeutas ocupacionais), de saúde da mulher (ginecologistas/obstetras), de saúde da criança (pediatras), de homeopatia (médico homeopata), de acupuntura (médico acupunturista, fisioterapeuta acupunturista e psicólogo acupunturista), de assistência farmacêutica (farmacêuticos) entre outras áreas de apoio.

É com esse escopo que surgem as noções de integralidade e transversalidade, pois essa experiência deve ser entendida como fruto de um trabalho integrado e interdependente, que busca uma compreensão global da saúde, assim como uma comunicação transversal entre os saberes. E não como a somatória de ações isoladas de profissionais com as mais variadas formações. O que justamente reforça a integralidade e transversalidade do atendimento, no intuito de construir diálogos interdisciplinares na equipe.

Como exemplo dessa fundamentação o artigo 2 - "*O psicólogo no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: articulação de saberes e ações.*" diz:

A articulação dos saberes de forma interdisciplinar em uma equipe não descaracteriza as especialidades, mantendo cada um seu olhar diferenciado aos sujeitos de suas ações, mas constrói uma visão ampliada e integral dos casos e processos nos quais se envolvem. Desta forma, amplia-se também a compreensão de seu papel na equipe e no sistema de saúde, buscando romper com a fragmentação da atenção direcionando-se a verdadeira integralidade do cuidado. (CELA et al, 2015, p. 34)

Nesse sentido entram as noções de atenção à demanda regional e/ou compromisso com a realidade social do território; de construção coletiva e do coletivo; de facilitador de dispositivos de cogestão, leia-se participação e controle social; de trabalho em rede; e corresponsabilidade entre profissionais e população de usuários. Isso porque o NASF, as ESF e a comunidade deverão desenvolver conjuntamente as atividades, as ações, as práticas e o público prioritário de cada uma das ações a serem adotadas em cada uma das áreas cobertas, tal como acolher os usuários e humanizar a atenção; promover a gestão integrada e a participação dos usuários nas decisões e avaliação do desenvolvimento e da implementação dos serviços e a medida de seu impacto sobre a situação de saúde local; elaborar estratégias de comunicação para divulgação e sensibilização das atividades dos NASF e produção de material educativo e informativo nas áreas de atenção dos NASF; e desenvolver coletivamente, com vista à intersetorialidade, ações que integram outras políticas sociais como: educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras.

Destaca-se que o psicólogo precisa ter conhecimento sobre a importância e possibilitar o trabalho de grupos, pois foi um dos primeiros dispositivos que a Psicologia conseguiu utilizar para despontar junto às ESF, porque permitia que os profissionais de saúde da família conseguissem conduzir os grupos no papel de coordenadores, sem depender da presença constante dos psicólogos do NASF, além de atingir um maior número de usuários.

Por fim, o psicólogo precisa ser um profissional da saúde mental generalista, já que está em contato com diferentes demandas da população. Como ressalta o artigo 1 *“O Núcleo de Apoio à Saúde Da Família (NASF) como porta de entrada oficial do psicólogo na atenção básica.”*:

O trabalho na APS demanda um profissional generalista, que saiba de psicologia clínica, para lidar com os transtornos mentais de acordo com uma clínica ampliada; psicologia social/comunitária, atuando junto aos modos de

vida, no mapeamento e diagnóstico da comunidade; psicologia escolar/educacional, psicologia ambiental, para a construção de ambientes saudáveis; psicologia do trabalho para facilitar o fluxo, estrutura e a compreensão do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família; além de psicologia do desenvolvimento para conhecer todos os ciclos de vida (criança, adolescente, gestantes, idosos), para citar algumas possibilidades, necessárias para uma boa prática, visto que atuará com esse público nos diversos âmbitos. (MOREIRA & CASTRO, 2009, p.61)

Núcleo 2 - Atuação no NASF: dificuldades e realizações.

Compreendido o conhecimento teórico da atuação do profissional da Psicologia no NASF, torna-se interessante discutir a passagem para o trabalho prático. Isto é, confrontar saberes e ações, assim como identificar quais as potencialidades, dificuldades e embates do psicólogo na experiência junto ao NASF. Com esse objetivo foram tomados como base, principalmente, as leituras dos artigos 2, 3 e 4, que apontam algumas cizânias no que se relaciona as noções trabalho multiprofissional/interdisciplinar, integralidade, transversalidade, apoio matricial e trabalho em rede.

Os artigos colocam que nem sempre as equipes NASF conseguem efetivar o trabalho interdisciplinar. O que acontece é uma discussão de caso em que existe troca de informações. Entretanto, não se fundamenta, nessas discussões, a construção de uma visão unificada das diferentes dimensões da demanda. O que acaba ocorrendo é justamente a segmentação de saberes, onde não se constrói uma visão ampliada e integral dos casos e processos. Assim, também não é ampliada a compreensão do papel do profissional na equipe e no sistema de saúde, deixando de romper com a fragmentação da atenção e perdendo o direcionamento a verdadeira integralidade e transversalidade do cuidado, como aponta o artigo 2 “*O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações.*”

Considerando que o conceito de interdisciplinaridade baseia-se na concepção do desenvolvimento de relações de interação dinâmica dos saberes, partindo

de uma atitude integrativa entre e dentro das disciplinas, essa prática se diferencia de uma simples troca de saberes (como referido pelos psicólogos) na qual cada especialidade ensina as outras o seu saber, “no projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive-se, exerce-se” (Ministério da Saúde, 2009b). (CELA et al, 2015, p. 34)

Já no que tange o apoio matricial, é colocado que muitas vezes as consultas são feitas pelos profissionais do NASF sem a presença dos profissionais das equipes de saúde da família (ESF). O que caracteriza um atendimento multidisciplinar somente entre as equipes do NASF, mas que exclui a lógica do apoio matricial, que é um dos eixos centrais das ações desenvolvidas pelo NASF. Dessa forma, perde-se a possibilidade e a potência de se efetivar uma ação que favoreça a integralidade da atenção e a capacitação das ESF, além de enfraquecer a coordenação de caso sob a co-responsabilidade da equipe de Saúde da Família.

Por fim, o conceito ampliado de saúde, que é base para a reformulação da atenção na proposição do SUS, reconhece os processos de saúde-doença em uma rede complexa de condicionantes sociais. Nesta perspectiva é incalculável uma rede de cuidado em saúde que se forma de maneira descolada da atenção aos demais determinantes que influenciam e pesam sobre a qualidade de vida da população atendida. Assim, o trabalho conjunto de diferentes setores é decisivo para a integralidade do cuidado na Atenção Básica à Saúde. Ao NASF, em conjunto com as ESF, cabe a interação com as redes de atenção socioassistencial de forma intersetorial. Dessa maneira, tal qual a interdisciplinaridade transcende a pura troca de informações, a intersetorialidade vai além da construção de uma rede de encaminhamentos, tendo também papel fundamental na construção do diagnóstico da situação das comunidades atendidas. Ou seja, a inserção do NASF na rede intersetorial se realizada, quase que predominantemente, por meio de encaminhamentos e solicitação de pareceres. Não há, então, articulação dos saberes para uma promoção da ação integral aos sujeitos pelas práticas realizadas pelo NASF e por toda a rede de atenção.

No mais, outro desafio para a construção de uma articulação intersetorial, que vai além da dificuldade das equipes em compreender a dimensão desta interação, é a deficiência na constituição de uma rede de atenção completa e qualificada, pois, com uma rede de atenção enfraquecida se torna complicado concretizar uma atenção integral aos usuários. Uma vez que a rede esteja defasada, os dispositivos disponíveis nela acabam por assumir funções que não lhes cabem, sobrecarregando os serviços e pressionando outros espaços a suprirem necessidades das populações atendidas, que, não oficialmente, se prestam a estes papéis.

Núcleo 3 - Atuação do Psicólogo no NASF relacionada ao uso de substâncias psicoativas.

No que concerne a questão das substâncias psicoativas na atenção básica e no NASF, apenas o artigo 5, "*Consumo de álcool e drogas e o trabalho do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família.*", trazia informações para fornecer uma base ao trabalho do profissional de psicologia.

As consequências do uso de álcool e outras drogas constituem um dos mais graves problemas de saúde, exigindo a criação e manutenção de programas e políticas de prevenção e assistência articulados, além da formação permanente de profissionais de saúde (Claro, Oliveira, Almeida, Vargas & Plaglione, 2011). Esse fato demanda programas e políticas de prevenção e assistência articulados aos diversos campos de conhecimento científico, com a necessidade de desenvolver estratégias para abordar adequadamente a problemática do uso abusivo dessas substâncias. Sendo assim, é essencial a inserção de práticas de saúde mental na AP destinadas à problemática do consumo de álcool e drogas como diz o próprio artigo 5:

De acordo com Barros e Pillon (2007), as experiências de atendimento e acolhimento das demandas de saúde mental são constatadas por 56% das equipes de Saúde da Família, e os dados epidemiológicos apontam que de 6 a 8% da população necessita de algum cuidado decorrente do uso prejudicial do álcool e outras drogas. Diante disso, percebemos que é essencial a inserção

de práticas de saúde mental na AP destinadas à problemática do consumo de álcool e drogas. A adoção de tais procedimentos redirecionaria o cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada, em articulação com os profissionais e os serviços já inseridos nos territórios (Arce, Sousa & Lima, 2011). (LIMA et al, 2015, p. 188)

Nesse sentido a primeira noção que atravessa a psicóloga inserida no NASF é a perspectiva de uma atenção integral e humanizada, em articulação com os profissionais e os serviços já inseridos nos territórios.

Em vista disso, o apoio matricial - suporte técnico especializado ofertado a uma equipe de saúde com a finalidade de ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações - é indicado pelo Ministério da Saúde como a estratégia oficial para guiar as ações de saúde mental na AP. O matriciamento deve proporcionar retaguarda especializada de assistência, assim como suporte técnico-pedagógico (formação), vínculo interpessoal e apoio institucional no processo de construção coletiva de projetos terapêuticos voltados à população dos territórios. Vale ressaltar que o despreparo dos profissionais, da família e da comunidade, para lidar com o sofrimento psíquico tem se tornado cada vez mais evidente, e a medicalização dos sintomas foi muitas vezes percebida como incapacidade em atender os problemas psíquicos. Tudo isso somado à ausência ou ineficiência dos serviços de referência, revelando as dificuldades das equipes de AP para trabalhar de forma eficaz com as demandas relacionadas à saúde mental. Como consequência, é cada vez mais evidente o excesso de demanda dos serviços e a falta de conhecimento das equipes para acolher essa população.

Dessa forma, com a Portaria de 2008, o NASF surge como estratégia de ampliação da diversidade e da abrangência das ações realizadas pela Estratégia Saúde da Família. Justamente porque, como visto na análise dos núcleos de significação anteriores, o NASF é formado por profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

Nesse sentido o artigo 5, “*Consumo de álcool e drogas e o trabalho do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família.*”, coloca:

Segundo as orientações do Ministério da Saúde (Brasil, 2009), a equipe do NASF deve ser formada por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, atuando em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família e compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios atendidos por essas equipes. Seus integrantes devem trabalhar com o matriciamento como lógica de atuação, apoiando as equipes de Saúde da Família na discussão dos casos, no atendimento compartilhado e na construção conjunta de projetos terapêuticos singulares, visando a coordenação e a continuidade do cuidado, bem como a proposição de projetos de saúde do território com foco no fortalecimento do tecido comunitário e na promoção da saúde. (LIMA et al, 2015, p. 189)

Além do apoio matricial, a corresponsabilidade e o trabalho em rede surgem como diretrizes para o trabalho da psicóloga. A responsabilização compartilhada pelos casos permite regular o fluxo de usuários nos serviços, tornando possível distinguir situações que podem ser acolhidas pelas próprias equipes de Estratégia de Saúde da Família, com apoio do NASF, e por outros recursos sociais do entorno - redes de cuidado -, contribuindo para evitar práticas de psiquiatrização e, ao mesmo tempo, promovendo a equidade e o acesso, garantindo coeficientes terapêuticos de acordo com as vulnerabilidades e potencialidades de cada usuário.

Com isso, a noção de integração é outro aspecto que baliza a atuação do profissional de psicologia no NASF, já que as políticas voltadas ao tratamento de usuários de álcool e outras drogas englobam diversos setores da política pública: área da segurança pública; áreas da saúde; assistência social; educação e outras. Assim, o grande desafio dessa integração é atuar na perspectiva da garantia de direitos e, dessa maneira, enfrentar a lógica que trata a questão das drogas pelo viés exclusivo da doença e do crime. Essa lógica reducionista criminaliza e patologiza os usuários que

passam a ser objeto de discriminação, preconceito, exclusão, recolhimento e internação compulsória.

Vale ressaltar, portanto, que a consolidação da psicologia como profissão da saúde pública representa uma aposta em sua potencialidade para transformar e reconhecer os fatores subjetivos, emocionais, históricos e das condições de vida dos usuários como determinantes para os quadros de saúde-doença da população. O psicólogo deve ampliar seus conhecimentos e intervenções com as famílias, permitindo que sua conduta profissional tenha um caráter coletivo, integrando as equipes multiprofissionais.

Núcleo 4 - Desafios para o psicólogo na atenção ao usuário de álcool e outras drogas.

Ainda com base no artigo 5, “*Consumo de álcool e drogas e o trabalho do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família.*”, alguns desafios se impõem a psicóloga que atua na atenção básica. Em primeiro lugar, em virtude de uma formação tradicional, está a atuação profissional predominantemente pautada por questões teórico-práticas, limitadas às teorias terapêutico-curativas, levando a um reducionismo da compreensão do processo saúde-doença ou a uma psicologização do fenômeno. Tal representação acarreta, muitas vezes, à simplificação e ao não reconhecimento da psicologia como disciplina de relevância social e área de conhecimento importante para a promoção da saúde coletiva.

Outro fator, apontado no artigo, é desconhecimento da realidade das famílias. Os membros das equipes do NASF geralmente pertencem a camadas mais favorecidas e, assim, têm a tendência de julgar as famílias atendidas - em geral de classes econômicas desfavorecidas - a partir do modelo dominante de família nuclear. O que acaba por desqualificar as famílias que frequentam os serviços públicos. Então, é necessário ter em vista que cada família possui uma organização própria - respeitando

as particularidades de cada família - regida por lógicas diferentes, que não as tornam superiores ou inferiores umas às outras.

Além disso, outro desafio que aparece é o caráter prescritivo dos profissionais. Isto é, eles acabam por apenas encaminhar os usuários a serviços especializados, sem tomar conhecimento dos fatores que levam uma pessoa a usar drogas. O que, por finalidade, faz com que os profissionais não saibam como acolher, o que fazer, o que propor às pessoas usuárias de drogas que chegam aos serviços. Logo, a abordagem dessas situações precisa estar associada a uma ampla compreensão tanto do fenômeno do uso/dependência de drogas quanto do alcance e da finalidade das práticas de atenção em saúde.

Nesse sentido, a própria relação dos profissionais com a comunidade é permeada por dificuldades objetivas: acesso; aceitação; e comunicação. Como subjetivas: medo, preconceito, e desafetos, frequentemente relacionadas ao problema do consumo de drogas. Ou seja, tráfico, violência, desestruturação familiar, que são questões complexas que não podem ser tratadas isoladamente.

No mais, problemas de infraestrutura, falta de financiamento para a implantação de unidades adequadas para receber os usuários e ausência de investimento na capacitação de profissionais da rede de saúde, são outro desafio que se apresenta para a prática do profissional.

Núcleo 5 - Política de redução de danos e atenção psicossocial.

Nesse núcleo o objetivo é discutir quais são as possíveis práticas para o profissional da psicologia do NASF frente aos entraves no cuidado ao usuário de álcool e drogas na atenção básica.

A primeira possibilidade se encontra em fomentar o constante engajamento de todos os profissionais para o trabalho em equipe e em rede com outros serviços e equipamentos do território, buscando apoio quando seus recursos não forem

suficientes. Dessa forma, torna-se importante investir na articulação entre equipes de NASF, Centros de Atenção Psicossocial e diversos componentes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) a fim de promover atividades relacionadas ao uso de substâncias psicoativas, desde ações de prevenção até intervenções mais complexas e que exijam maior preparação do profissional acerca da temática.

Além disso, no artigo 5, aparecem outras possibilidades e linhas de intervenção do psicólogo que podem ser efetivadas enquanto membro de uma equipe do NASF - seja no âmbito preventivo, de promoção e proteção, seja no contexto terapêutico e de reabilitação psicossocial, a partir dos serviços ou em articulação com eles -, como ações baseadas nos pressupostos da Redução de Danos (RD), e portanto da posição que se assume a partir dela; a estratégia da Triagem e Intervenção Breve (TIB) e alternativas de cuidado em rede considerando os diferentes tipos de consumo de substâncias psicoativas.

A Redução de Danos como uma das ações de saúde da política de Atenção Primária pressupõe sua utilização como abordagem possível para lidar com diversos agravos e condições de saúde.

Atuar nessa perspectiva pressupõe a utilização de tecnologias relacionais centradas no acolhimento empático, no vínculo e na confiança. Considerando-se especificamente a atenção aos problemas de álcool e outras drogas, a estratégia de RD visa minimizar as consequências adversas criadas pelo consumo de drogas, tanto na saúde quanto na vida econômica e social dos usuários e seus familiares. (LIMA et al, 2015, p. 192)

Nessa perspectiva, supracitada pelo artigo 5, a RD postula intervenções singulares que podem envolver o uso protegido, a diminuição ou mudança nos padrões de uso, a substituição por substâncias que causem menos problemas, como também, medidas que visam reduzir e atenuar os atravessamentos que determinam as vulnerabilidades do sujeito, com intuito de promover a saúde na perspectiva de uma clínica ampliada.

Outra ação necessária é trabalhar as representações sociais que a população, os trabalhadores de saúde e os próprios usuários de drogas têm sobre essa condição. De maneira a superar as barreiras que agravam sua vulnerabilidade e dificultam a busca por tratamento. Ou seja, lidar com os preconceitos que o consumo de drogas desperta na população em geral.

Dessa forma, segundo o artigo 5, a abordagem da Redução de Danos oferece um caminho vantajoso:

Percebemos então que a abordagem da RD oferece um caminho promissor por reconhecer cada usuário em sua singularidade e traçar com ele estratégias para promover a saúde e garantir seus direitos enquanto cidadão. No entanto, é de fundamental importância o desenvolvimento de ações de educação permanente a fim de que os trabalhadores da saúde aperfeiçoem o diálogo para que possam transmitir não só medidas de segurança à saúde, mas também confiança, respeito e aceitação. Não podemos nos esquecer de que a questão do preconceito ainda representa um empecilho ao desenvolvimento de algumas estratégias de RD. (LIMA et al, 2015, p. 192)

Outra possibilidade destacada pelo artigo 5 é a Triagem e Intervenção Breve. Trata-se de uma estratégia baseada na abordagem motivacional para prevenção com foco na mudança de comportamento do usuário por meio do atendimento com tempo limitado, a ser realizado por profissionais de diferentes formações, desde que devidamente treinados. A TIB, no entanto, não serve apenas para tratar problemas relacionados ao álcool, mas também para ajudar na mudança de uma série de comportamentos, como modificar a dieta, parar de fumar, higiene bucal, entre outros.

A TIB possui baixo custo e se mostra efetiva para questões relacionadas ao uso de risco de substâncias psicoativas, sendo uma ferramenta destinada a reforçar a autonomia nas escolhas do usuário, assim como sua capacidade de gerir seus problemas. Desse modo, ela tem sido usada para prevenir ou reduzir o consumo de álcool e outras drogas e orientar de modo focal sobre os efeitos e as consequências

relacionados ao consumo de risco. Assim, constituindo-se também como um meio adequado para referenciar casos de dependência para tratamentos especializados.

Além disso, pode-se agir a partir da identificação do tipo de consumo da substância psicoativa pelo usuário para pensar em possíveis planos de ação. Identificando se é um caso de uso recreativo ou um caso de uso abusivo.

Diante de um caso de uso recreativo o psicólogo do NASF e as equipes de Saúde da Família podem: considerar o padrão cultural do uso de álcool e outras drogas pela comunidade (uso experimental e ocasional), ou ainda como “remédio” (uso circunstancial ou situacional) para lidar com o sofrimento, relacionando essas questões com as condições de trabalho e de vida; pensar em estratégias de orientação, educação e prevenção voltadas a usuários, familiares, à comunidade em geral e à população específica, considerando o quadro epidemiológico local e nacional por substâncias, para o conhecimento dos danos e das vulnerabilidades decorrentes, ações de cuidado e proteção oferecidas pela rede de serviços e grupos de apoio comunitário; realizar visitas domiciliares periódicas com o objetivo de estreitar o vínculo e motivar o usuário e a família a procurarem ajuda e acompanhamento dos riscos com foco na RD, visando não evoluírem para padrões de uso comprometedores; e participar de ações preventivas e educativas em conjunto com outros equipamentos do território: escolas, Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e grupos comunitários, para promover ações que incentivem a diminuição da disponibilidade de substâncias psicoativas na comunidade, além de oferecer orientações com o intuito de evitar o uso experimental e ocasional entre jovens e adolescentes e intervenções para que estes não se associem a grupos ou manifestações que usam ou valorizam o uso de substâncias, bem como o acompanhamento dos casos em que o uso recreativo é presente em famílias em situação de vulnerabilidade e fragilidade dos vínculos afetivos e sociocomunitários.

Diante de casos de consumo abusivo de álcool e drogas, o psicólogo pode acompanhar mais intensivamente os casos identificados pela equipe da Estratégia

Saúde da Família (ESF) com padrão de uso regular e abusivo e com prejuízos à funcionalidade, exposição a riscos, danos e vulnerabilidades; trabalhar a partir do manejo do vínculo, da escuta qualificada e do acolhimento do sujeito em suas necessidades e singularidades para minimizar as resistências e oferecer abordagem direta e assertiva que motive o indivíduo e a família a procurarem ajuda, além de construir ações para o cuidado em parceria com outros serviços; recuperar ações de avaliação clínica e abordagem terapêutica inicial em usuários com padrão de uso abusivo recorrente e que apresentam agravos físicos, comportamentais e sociais; intensificar ações de RD, como orientações e intervenções breves para minimizar as situações de vulnerabilidade e exposição a riscos físicos e sociais; oferecer assistência psicológica e orientação com o serviço social para ampliar as ações de cuidado na rede de saúde e assistência social e no território; e apoiar a equipe ESF, inclusive com matriciamento, nas ações de orientação, educação, prevenção e proteção quanto aos riscos do uso abusivo: policonsumo, acidentes de trânsito, violência, comportamento sexual de risco, intoxicação, dependência, comportamentos impulsivos e disruptivos, comportamento suicida e evolução no padrão de uso para dependência, bem como transição para outros tipos de droga, considerados “mais pesados”; e esclarecimento sobre os direitos no caso de conflitos com a Justiça e com aparelhos de segurança pública.

As equipes na atenção básica, incluindo o psicólogo, ainda podem atuar em casos de uso dependente. Suas ações podem se basear em intensificar a atuação em casos de usuários que vivem em territórios com grande disponibilidade de substâncias; o manejo do vínculo, a escuta qualificada e o acolhimento do sujeito em suas necessidades e singularidade; priorizar intervenções que considerem as necessidades individuais, a relação com a substância e o padrão de uso do indivíduo, além do contexto familiar e da rede de suporte e apoio; considerar e se articular com outros serviços de suporte para cuidar das complicações clínicas, dos possíveis prejuízos sociais, das comorbidades psiquiátricas, das vulnerabilidades e dos fatores sociais; oferecer ação de RD, como orientações e intervenções breves para minimizar as

situações de vulnerabilidade e a exposição a riscos físicos e sociais; esclarecer e motivar o tratamento ambulatorial e psicossocial na rede CAPS com modalidade de atendimentos individuais e/ou grupais, com foco na reabilitação psicossocial, com apoio e proteção para modificar padrões de uso dependente e compulsivo e seus riscos. E, para os casos que envolvam situação de violência e/ou negligência em relação a crianças, idosos e demais perfis sociais em situação de fragilidade, articular-se com os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS). Ademais, pode-se articular com equipes de consultório de rua. Ações em conjunto para ampliar o acesso e identificar novos casos para o cuidado da população de rua; propor ações de caráter preventivo e protetivo aos Centros de Convivência e Cooperativa (Cecco) para ampliar as ações de cuidado e fortalecer o acesso aos demais serviços; articular ações de profissionalização e projetos de geração de renda para o fortalecimento de projetos de futuro; esclarecer e orientar sobre os direitos no caso de conflitos com a Justiça; motivar usuários e familiares a se inserirem em grupos de apoio e ajuda mútua e grupos de fortalecimento de vínculos, além de outras ações de suporte e acompanhamento nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS).

Em suma, portanto, torna-se necessário que intervenções desenvolvidas no âmbito da saúde mental busquem fortalecer o modo de atenção psicossocial, apostando no resgate da singularidade de cada usuário, investindo no comprometimento com seus sintomas e seu tratamento e incentivando seu protagonismo. Tais movimentos são capazes de incitar a ruptura com a lógica da identificação dos sujeitos com a doença e com a concepção de cura restrita à solução medicamentosa, além de auxiliar na construção de outros laços sociais, para além do grupo, apostando na força do território e da cidade como alternativas para a reabilitação psicossocial.

Análise Inter-Núcleos.

Buscando fazer uma leitura geral, relacionando os núcleos de significação aqui construídos, foi possível identificar que na perspectiva do trabalho do psicólogo, em geral e com o enfoque nas substâncias psicoativas, no NASF, a maior dificuldade se dá na articulação das práxis. Ou seja, talvez o maior entrave para o profissional da psicologia seja no desenvolvimento que parte das noções teóricas para a efetivação das práticas.

Outro ponto que se mostra uno para todos os núcleos de significação, é que promoção e prevenção de saúde, apoio matricial, integralidade, participação social, transversalidade, clínica ampliada, trabalho em rede e escuta às demandas do território, aparecem como conceitos fundamentais que orientam o profissional de psicologia na atenção básica.

Por fim, o que chama mais atenção é identificar que existem mais produções entorno da atuação do psicólogo no NASF em geral - ainda que poucas - do que com o enfoque nas substâncias psicoativas. Esse fato está relacionado com o contexto histórico geral do SUS e a inserção do psicólogo, desenvolvido na contextualização teórica desta pesquisa, pois, mais recentemente que existe uma mudança de conceito na Saúde a partir, justamente, do Sistema Único de Saúde. Isto é, nos últimos anos e nas últimas políticas públicas de saúde que há uma ênfase na atenção primária ou básica que possibilita o psicólogo a produzir práticas articuladas com o ambiente físico, psicológico e social, para além dos aspectos biológicos do adoecimento e das ações voltadas à recuperação da saúde. E, por causa disso, se abrem novas possibilidades para as pesquisas e intervenções de cunho psicossocial que possuem por fundamento o risco, as vulnerabilidades, a violência e a exclusão social como conceitos.

Nessa perspectiva, portanto, que o artigo 5, "*Consumo de álcool e drogas e o trabalho do psicólogo no núcleo de apoio à saúde da família.*", surge como a única produção que aborda tanto a atuação do psicólogo no NASF em geral, como a atuação

do psicólogo no NASF relacionada às substâncias psicoativas. Porque, o seu questionamento enquanto pesquisa só se torna imperativo a partir do momento em que, na Saúde Pública e Coletiva, existe uma visão e, dessa forma,, diretrizes, que necessitem e possibilitem a articulação de diferentes temas (atenção primária, álcool, outras drogas, vulnerabilidades e etc.) para efetivar uma busca que se mostra inovadora, tal qual as bases que a motivam e que foram recentemente atribuídas ao Sistema Único de Saúde, e as políticas públicas que o constroem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente é possível dizer que a atuação dos psicólogos no campo das políticas públicas é recente e há necessidade de se pensar o compromisso social da profissão, visando compreender como a formação desse profissional influencia em sua prática e por consequência no desenvolvimento das políticas públicas em geral.

No que concerne os objetivos dessa pesquisa, tem-se que a inserção dos psicólogos na atenção básica é algo novo, mas já contextualizado. Discutir o trabalho desse profissional é pensar a produção social e histórica da categoria. A Portaria de criação dos NASF legitima esse profissional que até então não compunha oficialmente as equipes de Saúde da Família, embora já desenvolvesse trabalhos juntamente às mesmas.

Além disso, torna-se impreterível investigar a atuação do psicólogo no NASF pois ainda é um campo a ser estudado, ainda mais fazendo o recorte sob o ponto de vista das substâncias psicoativas. Dessa forma, a presente pesquisa se apresenta como uma grande contribuição para essa área das ciências humanas e da saúde.

Com base na análise é possível dizer que, mesmo existindo algumas limitações e entraves, o trabalho do psicólogo no NASF e, portanto, na atenção básica, se mostra bastante potente.

Em relação aos desafios, ficou evidente que há dificuldade com a práxis do trabalho. Toda atuação condizente com o cenário proposto pelo Sistema Único de Saúde deve buscar sua efetividade na contextualização dos sujeitos atendidos (usuários, famílias e comunidades) para que assim se proporcione a integralidade da atenção. O psicólogo precisa centrar na participação e no compromisso social, realizar seu trabalho de maneira interdependente com outros profissionais e saberes, articulando-se efetivamente a rede de cuidados que existem a partir das políticas públicas de Saúde e demais, intervindo de modo político e entendendo que toda intervenção é social.

Com isso, a Psicologia necessita transformar sua prática, distanciando-se de um modelo tradicional, que se apoia na perspectiva médica-curativa, facilitando a perspectiva da corresponsabilidade em um contexto interdisciplinar, e, aproximar-se do âmbito que privilegia ações de promoção de saúde próprias de um contexto mais ampliado de saúde pública.

No que diz respeito exclusivamente às potencialidades, o lugar do psicólogo nos cuidados primários à saúde e, em especial no NASF, é o de profissional de referência, sobretudo, nos cuidados com a saúde mental e o uso de álcool e outras drogas. Entendo, também, que segundo a lógica do matriciamento, esse profissional pode realizar e facilitar, desde uma ação clínica até ações compartilhadas na condução das singularidades dos casos. O que amplia e modifica a atuação de forma bastante considerável.

Ainda, a atuação do profissional da psicologia se dá de forma ativa na participação de todo esse processo, entrando em contato com diversas áreas do conhecimento. Sendo que as possibilidades ainda não se esgotaram. Muitas serão construídas no fazer profissional, a partir das demandas, especificidades e desejos da comunidade na qual o NASF atuará, enriquecendo, desse modo, os diversos fazeres.

Nessa espiral de potencialidades e desafios, cabe a nós, ainda na graduação, reafirmarmos as possibilidades já existentes e buscarmos formas de superar os desafios, por meio de uma formação crítica, contextualizada e continuada, pautada pelo compromisso social através da ampliação de disciplinas e estágios que contemplem a temática da atenção básica.

Por tudo que foi considerado até aqui, o psicólogo atua, transforma e afirma o NASF, enquanto um profissional que vivencia, exerce e intervém na Saúde. Conseguindo refletir, portanto, a mudança dos novos conceitos, paradigmas e diretrizes, no SUS e nas políticas públicas que o compõe.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, W.; OZELLA, S. Núcleos de Significação como Instrumento para a Apreensão da Constituição dos Sentidos. **psicologia ciência e profissão**, [s. l.], v. 26, ed. 2, p. 222-245, 2006.

BALL, S.J. **Educational reform: a critical and post-structural approach**. Buckingham: Open University Press, 1994a.

_____. What is policy? Texts, trajectories and toolboxes. In: BALL, S.J. (Ed.). **Education Reform: a critical and poststructural approach**. London: Open University Press, 1994b. cap. 2, p.14-27.

BAHIA, L.; COSTA, N. R.; VAN STRALEN, C. A saúde na agenda pública: convergências e lacunas nas pautas de debate e programas de trabalho das instituições governamentais e movimentos sociais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1791-1818, 2007. Suplemento.

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia & Sociedade**, Universidade Federal Fluminense, p. 21-25, maio/agosto 2005.

BOCK, A; FURTADO, O; TEIXEIRA, M. **Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia**. 14. ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

BRIGAGÃO, J. As interfaces entre psicologia e políticas públicas e a configuração de novos espaços de atuação. **Revista de Estudos Universitários**, Sorocaba, SP, v. 35, n. 1, p. 199-215, jun. 2011.

CARVALHO, A de. **Conselhos de Saúde no Brasil: participação cidadã e controle social**. Rio de Janeiro: Fase/Ibam, 1995.

CASTRO, R. Psicologia e Políticas Públicas: articulações possíveis. **Psicologia Política**, Curitiba, p. 377-381, 1 dez. 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Relatório do III Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas**. Brasília: CFP, 2005.

_____. **Relatório do IV Seminário Nacional de Psicologia e Políticas Públicas**. Brasília: CFP, 2007.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA 6ª REGIÃO. **Psicologia e Políticas Públicas: Seminários Gestão 2013-2016**. São Paulo: CRP, 2013-2016.

COHN, A. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N. et al (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 394-395.

DOMINGUEZ, B. Uma agenda para a Saúde. **Radis**. 2014.

FALEIROS, V. **A Construção do SUS: Histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo**. Brasil: Ministério da Saúde, 2006.

FREITAS, R. de C. M. O governo Lula e a proteção social no Brasil: desafios e perspectivas. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 65-74, 2007.

GONÇALVES, M. **Psicologia, subjetividade e políticas públicas**. São Paulo: Cortez, 2010. (Coleção construindo o compromisso social da psicologia).

LAW, J. **Notas sobre a teoria ator-rede: ordenamento, estratégia, e heterogeneidade**. Tradução de Fernando Manso, 1989.

LUNA, S. V. de. **Planejamento de pesquisa: uma introdução**. São Paulo: Educ, 1997.

MAINARDES, J. Abordagem do ciclo de políticas: uma contribuição para a análise de políticas educacionais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 27, n. 94, p. 23, 2006.

MATTOS, R *et al.* **Caminhos para Análise das Políticas de Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

MENICUCCI, T. A Política de Saúde no Governo Lula. **Saúde Social**, São Paulo, v. 20, ed. 2, p. 522-532, 2011.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, Londrina, p. 180-192, 1 nov. 2001.

Sobrosa, G. M. R; Zappe, J. G.; Patias, N; Fiorin, P. C.; Dias, A. C. G. O Desenvolvimento da Psicologia da Saúde a Partir da Construção da Saúde Pública no Brasil. Psicologia da Saúde e Saúde Pública. **Revista de Psicologia da IMED**, Jan.-Jun, 2014, v. 6, n. 1, p. 4-9

SOUZA C. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, ano 8, n. 16, p. 20-45, jul/dez. 2006.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. A política de saúde no governo Lula e a dialética do menos pior. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 71, p. 268-283, 2005.