

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS  
CURSO DE PSICOLOGIA

MATHEUS DE OLIVEIRA CASTRO

**Psicologia e Reforma Psiquiátrica: histórias da participação clínica e política dos  
psicólogos na construção da Política de Saúde Mental**

SÃO LUÍS – MA  
2020

MATHEUS DE OLIVEIRA CASTRO

**Psicologia e Reforma Psiquiátrica: histórias da participação clínica e política dos psicólogos na construção da Política de Saúde Mental**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Me. Lorena Rodrigues Guerini

SÃO LUÍS – MA  
2020

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

de Oliveira Castro, Matheus.

Psicologia e Reforma Psiquiátrica : histórias da participação clínica e política dos psicólogos na construção da Política de Saúde Mental / Matheus de Oliveira Castro. - 2020.

76 f.

Orientador(a): Lorena Rodrigues Guerini.

Monografia (Graduação) - Curso de Psicologia,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Maranhão,  
2020.

1. Gestão Compartilhada. 2. Psicologia. 3. Reforma Psiquiátrica. I. Rodrigues Guerini, Lorena. II. Título.

**Psicologia e Reforma Psiquiátrica: histórias da participação clínica e política dos psicólogos na construção da Política de Saúde Mental**

Monografia apresentada ao Curso de Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Maranhão – UFMA, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Ma. Lorena Rodrigues Guerini

Aprovado em: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

---

Profa. Ma. Lorena Rodrigues Guerini (Orientadora)  
Instituto Laboro

---

Profa. Ma. Janete Valois Ferreira Serra (Banca examinadora)  
Instituto Laboro

---

Profa. Dra. Júlia Maciel Soares (Banca examinadora)  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof. Dr. Carlos Antonio Cardoso Filho (Banca examinadora - suplente)  
Universidade Federal do Maranhão

## **AGRADECIMENTOS**

Aos familiares, amigos e professores que tornaram esta jornada possível e agradável, o meu mais sincero e terno obrigado.

## **RESUMO**

O presente trabalho se propõe a fazer uma revisão histórico-conceitual do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil para apresentar e discutir as articulações que se deram entre a Reforma e os profissionais psicólogos, a fim de apresentar algumas coordenadas para o trabalho coletivo em equipe na Saúde Mental e suas interfaces. Destaca-se a participação da Psicologia na transformação da clínica desde questionamentos da Psiquiatria tradicional até as novas práticas no campo que surgem através da reforma e se estabelecem como o campo da Atenção Psicossocial, que norteia a Política de Saúde Mental no Brasil. As conclusões desta análise apontam para três tendências cruciais do trabalho em saúde e suas transformações, dentre elas: a ineficiência do modelo asilar iatrogênico frente às novas concepções do sofrimento psíquico; a importância do trabalho articulado em rede para além do setor de saúde e a importância do trabalho compartilhado em equipe.

**Palavras chave:** Reforma Psiquiátrica. Psicologia. Gestão Compartilhada.

## **ABSTRACT**

This work intends to review historically and conceptually the Psychiatric Reform movement in Brazil in order to present coordinates to the collective effort of mental healthcare teams and their interactions. The Psychology's role in transforming clinical care stands out, from questioning traditional psychiatry to new practices that come from the Reform, establishing themselves as the field of Psychosocial Attention—which orients mental health policies in Brazil. This analysis' conclusions point to three main tendencies in healthcare and its transformations, namely: the ineffectiveness of the iatrogenic asylum system against new concepts regarding psyche's suffering; the importance of combined, netted effort beyond healthcare facilities; as well as the importance of shared team work.

**Key words:** Psychiatric Reform. Psychosocial. Shared Management.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>9</b>
<b>2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA BREVE REVISÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL.....</b>	<b>12</b>
<b>3 CIÊNCIAS HUMANAS, PSICOLOGIA E UM NOVO CONCEITO DE SAÚDE .....</b>	<b>33</b>
<b>4 DA GESTÃO A COGESTÃO.....</b>	<b>49</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>69</b>



## 1 INTRODUÇÃO

As discussões do IX Seminário de Psicologia e Políticas Públicas promovidas pela Conselho Federal de Psicologia no ano de 2018 – cujo tema “Psicologia na defesa das Políticas Públicas” – marcaram o início das inquietudes do autor que proporcionaram a construção deste trabalho. No evento, composto por diversas regiões e etapas entre abril e julho do mesmo ano, na tentativa de convocar a categoria a construir uma agenda de enfrentamento pelos direitos básicos da população e manutenção das políticas públicas mediante os desafios do cenário político e econômico brasileiro.

O seminário foi dividido em cinco eixos temáticos – Condições de trabalho: desmonte das políticas públicas como ameaça às condições de trabalho de psicólogas e psicólogos; Psicologia, políticas públicas e movimentos sociais; Previdência e subjetividade em contextos de desmonte de direitos; Psicologia, educação e laicidade: enfrentamento ao conservadorismo; Causa indígena e quilombola –, onde cada região do país responsabilizou-se por levantar discussões através da participação de representantes de Conselhos Regionais, profissionais, estudantes e movimentos sociais. É importante destacar que o evento foi realizado no período que precedeu a campanha eleitoral de 2018, momento atravessado por uma onda majoritariamente conservadora e por projetos políticos que intentavam o enfraquecimento de direitos das camadas mais vulneráveis da sociedade brasileira.

Enquanto assistia os debates, fui me dando conta de que boa parte daquelas pautas não fizeram parte da minha formação ou compareceram de maneira breve e/ou branda, causando um incômodo, uma inquietude que me motivou a buscar construir um trabalho de monografia que, de alguma forma, estivesse alinhado aos questionamentos sobre a participação da Psicologia frente às estratégias coletivas das políticas sociais.

Num curso de graduação, seja em Psicologia ou qualquer outro saber epistemológico, nos depreendemos com a impossibilidade de abarcar todas as teorias, técnicas, métodos e discussões que se inscrevem no campo do conhecimento. Entretanto, é possível reconhecer que é a partir dessas lacunas que podem emergir a curiosidade, incômodos e implicação com aquele que pode vir a se tornar nosso objeto de pesquisa. Ao longo de sua obra, Lourau (2004) desenvolveu um conceito de implicação como todo envolvimento sempre presente, de natureza consciente ou inconsciente com tudo aquilo

que fazemos. Isto implica dizer que somos o tempo todo movidos pelas nossas escolhas afetivas, ideológicas e profissionais, com relação à nossa prática de pesquisa e/ou de intervenção, com as instituições às quais pertencemos, com nosso campo teórico-metodológico e com a sociedade da qual fazemos parte.

De acordo com o mesmo autor, não há como negar que a existência da implicação, a consciência de sua existência colabora para o melhor entendimento da forma como atuamos enquanto pesquisadores. Através desta implicação, busquei confrontar questões que enlaçavam questionamentos éticos sobre o exercício profissional e sobre minha própria formação enquanto estudante de Psicologia da Universidade Federal do Maranhão.

Foi também dentro do curso de Psicologia que pude me aproximar do debate sobre a Política de Saúde Mental no Brasil e das origens e trajetórias históricas dos movimentos sociais que possibilitaram as futuras reformas e reivindicações de direitos dos usuários da rede de Atenção Psicossocial. Este recorte histórico-conceitual servirá de fio-condutor para as reflexões sobre os entrelaces da construção dessa política e sua interface com a atuação ético-profissional dos profissionais da Psicologia.

Para desenvolver essa pesquisa, realizamos um levantamento bibliográfico a partir do qual foram selecionadas publicações e produções científicas nos bancos de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PePSIC) e Plataforma Sucupira (da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, CAPES) orientados pelas palavras-chave: Psicologia, Atenção Psicossocial, Luta Antimanicomial, Reforma Psiquiátrica, Saúde Mental e Saúde Pública, Humanização, Apoio Institucional e Cogestão. Também foram utilizados documentos oficiais como legislações federais e notícias da mídia.

O objetivo geral deste trabalho é analisar como a participação clínica e política dos psicólogos frente à Reforma Psiquiátrica incidiu na construção da Política Nacional de Saúde Mental. Os objetivos específicos são: 1. Compreender o movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil e seus impactos com a inserção dos psicólogos e a criação da rede de Saúde Mental; 2. Analisar as proposições do trabalho coletivo em equipe de saúde mental e suas interfaces com as Ciências Humanas e a Psicologia; 3. Analisar os efeitos

da conjunção entre clínica e política no desafio de qualificar e transformar as práticas de atenção e gestão no campo da Saúde Mental.

Para atender aos referidos objetivos, a presente monografia é composta por três capítulos. O primeiro capítulo traz uma breve revisão histórica e conceitual do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil a partir dos anos 70 até os dias de hoje, apresentando e discutindo articulações entre a Reforma, os profissionais de Psicologia e as atuais implicações com o campo da Rede de Atenção Psicossocial. Destaca-se a influência das reformas internacionais e da Luta Antimanicomial como percussores da proposta da desinstitucionalização como foco de desconstrução de práticas manicomiais. A partir da inserção da Psicologia na saúde pública, observa-se a ampliação da noção de clínica, assim como a diversificação das práticas que revelam outra dimensão do trabalho na área da saúde, as quais convocam a uma reflexão sobre as novas práticas e novos desafios.

O capítulo dois faz uma incursão sobre conceitos e saberes provenientes das Ciências Humanas, principalmente da Psicologia, para o incremento de novas políticas de Saúde Mental. A partir da Política Nacional de Humanização (PNH) instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, analisaremos como a incorporação de múltiplos saberes possibilitou subordinar o saber biomédico a uma nova apreensão da problemática da Saúde Mental e, ao mesmo tempo, adotar uma visão diferenciada sobre os sujeitos envolvidos na produção de saúde – gestores, profissionais e usuários.

Por fim, no terceiro capítulo, serão discutidas duas instâncias fundamentais para enfrentar o desafio de qualificar e transformar efetivamente práticas no campo da Atenção Psicossocial – atenção e gestão –, assumindo que ambas se constituem em sua própria articulação. Destacamos o Método da Roda como uma nova possibilidade de aproximação dessas duas áreas historicamente desarticuladas, ao apostar no dispositivo de gestão compartilhada (ou cogestão) como um lugar de negociação, construção de pactos e produção para os envolvidos, através de uma relação de trocas (FALLEIRO, 2014). Mediante esta definição, indagamos: que política é esta que está sendo produzida e a quem ela está a favor? Quais efeitos essas ações instauram? Que modos de subjetivação também estão sendo produzidos nesse processo? A partir desses questionamentos e da complexidade da temática, traçaremos caminhos para acompanhar tais questões e apontar horizontes possíveis, tendo em vista resgatar a relevância do tema no atual cenário sociopolítico.

## **2 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA: UMA BREVE REVISÃO HISTÓRICA E CONCEITUAL**

No Brasil, o engajamento da Psicologia com as urgências sociais, com as populações marginalizadas e com os Direitos Humanos se torna contundente apenas no século XXI, quando um novo projeto de profissão representado pelo compromisso com a sociedade proporcionou condições necessárias para esta empreitada (DIMMENSTEIN, 1998). Estas mudanças se engendraram à medida em que a profissão foi se inserindo na rede pública de serviços se apropriando de práticas mais inclusivas e promovendo diálogos com o contexto social que os circunda, corroborando para que uma nova postura fosse adotada pela classe de psicólogas e psicólogos brasileiros.

De acordo com Ferrazza (2016), este momento de transição foi marcado pela consolidação de projetos de reformas e implantação de novos dispositivos de saúde centrados em propostas interdisciplinares e psicossociais, tornando possível a adoção de um novo modelo de atenção em saúde e, por conseguinte, a entrada da classe profissional de psicólogos no Sistema Único de Saúde (SUS). Através inserção do profissional psicólogo na rede, especialmente nas unidades de atenção primária em saúde e nos serviços de Saúde Mental, houve uma aproximação da classe profissional com os debates que cercam as políticas públicas de diversos campos, em especial a de saúde, onde o número de profissionais cresceu de modo significativo nas últimas décadas (GIL, 1985).

Entende-se por política pública “uma estratégia de ação pensada, planejada e avaliada, guiada por uma racionalidade coletiva, na qual tanto o Estado como a sociedade, desempenham papéis ativos” (PEREIRA, 2008, p. 96). Em outros termos, a política pública é um conjunto de ações coletivas direcionadas à garantia dos direitos sociais, com a intervenção do Estado e envolvimento dos mais diversos atores da sociedade. Trata-se, no entanto, de um campo de disputas de modelos de sociedade e de gestão do Estado e, conseqüentemente, de modelos de política de saúde pública.

Apesar da visão universalista de ser humano das políticas públicas – que põe em risco o olhar acerca das diferenças culturais e subjetivas dos cidadãos –, a Psicologia promove uma interface através de suas ferramentas e intervenções, entre elas a escuta, as intervenções coletivas, o fortalecimento de vínculos com o território e com as redes estabelecidas pela comunidade que incidem na produção de uma subjetividade cidadã e

promovem um deslocamento do sujeito de um lugar de “assistido” para o de produtor e protagonista dos seus direitos.

Desde seu nascimento, a Psicologia enquanto ciência e profissão, ocupou-se de práticas normativas de ajustamento de comportamentos, gestos e atitudes consideradas como inadequadas e inconvenientes para o convívio e adaptação de alguns indivíduos em uma sociedade pautada por normas e padrões previamente estabelecidos (FOUCAULT, 1982). Por conta de seu viés majoritariamente clínico, a profissão esteve amplamente conhecida – e ainda é – como um serviço pouco acessível, privatista e individualista, que se dispõe a atender a uma classe limitada da população que demanda por psicoterapia. Estas características fazem parte de uma matriz teórico-prática que influenciou estudos e pesquisas do campo *psi* e que hoje se apresentam em novos formatos e discursos, mas propõem práticas que ainda não contemplam todos os desafios que se colocam para a categoria na atualidade, por exemplo, as necessidades da população usuária da rede pública como o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (MACEDO; DIMENSTEIN, 2012; FERREIRA NETO, 2011).

A partir do fortalecimento e criação de sindicatos no final da década de 70, ocupados por grupos progressistas que visavam a entidade trabalhando para que a Psicologia se tornasse um instrumento a serviço da população brasileira, a categoria precisou reinventar-se para que pudesse responder às demandas de uma população com a qual não estava acostumada a trabalhar (BOCK, 1999). De acordo com a leitura de Neto (2010), as práticas dos profissionais da saúde daquela época – cujas ênfases recaíam na reprodução de saberes/fazeres, em detrimento à sua produção, ou seja, ao cumprimento de protocolos que consolidavam o modelo de identidade clássico de psicólogo-psicoterapeuta – apresentam-se muitas vezes como um obstáculo na consolidação de programas do campo da saúde pública, onde houve uma crescente absorção da classe profissional em Psicologia desde a década de 1970, época em que o Estado sofreu pressões no campo social que demandavam transformações por melhores condições político-sociais após mais de duas décadas sob um regime autoritário ditatorial, representados pela repressão militar e negação de direitos básicos à população.

O período militar também foi marcado pela privatização dos serviços de saúde da população brasileira, tanto pelo avanço de uma indústria médica privada inacessível pela maior parte da população, como pela política econômica geradora de doenças e riscos à saúde (ESCOREL, 1999). Se, durante o período militar, os serviços de saúde estavam

direcionados por um projeto privatista de cuidados orientado para o lucro e para o privilégio do produtor privado desses serviços (MENDES, 1994), vai ser necessário que o Movimento Sanitário se constitua enquanto um projeto contra-hegemônico, de crítica aos processos de mercantilização da saúde e de luta contra o modelo dominante médico curativo, individualista e hospitalizante de atenção nos serviços de saúde (FERRAZZA, 2016).

No que se refere aos serviços de saúde psiquiátricos, o sistema vigente da época possuía um caráter ardiloso e ficou amplamente conhecido como “indústria da loucura”, onde se erguiam manicômios cada vez maiores e mais lucrativos sustentados por recursos públicos. Estima-se que entre 1964 a 1982, o fluxo de dinheiro público para instituições privadas multiplicou, revelando-se no fato de que a clientela das instituições conveniadas remuneradas pelo poder público saltou de 14 mil para 98 mil leitos psiquiátricos (PITTA, 2010). Contudo, as primeiras denúncias de superlotação e maus tratos são bem anteriores aos “anos de chumbo”.

De acordo com Cusinato (2016), o começo do século XX foi o momento em que a psiquiatria passa a ser reconhecida como uma especialidade médica e que o louco/alienado passa a ser visto como um sujeito passivo de tratamento. É nessa época que surgem as primeiras colônias agrícolas (ou colônias de loucos) no Brasil. Estas instituições tornaram-se referência no campo da psiquiatria, onde diversas famílias procuravam um lugar e um tratamento para seus “desajustados”, entre opositores políticos, prostitutas, homossexuais, mendigos, pessoas sem documentos, entre outros grupos marginalizados na sociedade. No final dos anos 1950, com o crescimento exacerbado de hospitais psiquiátricos e colônias agrícolas, começam a surgir os primeiros relatos de tratamento desumano aos sujeitos ali asilados. Estima-se que no Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, pelo menos 60 mil pessoas morreram dentro do maior hospício que se tem notícia no país, entre homens, mulheres, idosos e crianças (ARBEX, 2019).

A indignação com a indústria da loucura e com situações degradantes que se tinham notícia de dentro dos manicômios incentivou reuniões entre militantes do movimento que viria a ser conhecido como Luta Antimanicomial. Nesse momento, começam a ser construídas as bases da Reforma Psiquiátrica Brasileira em congressos, associações, sindicatos e redes à medida que esses grupos se organizaram enquanto movimento social (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006).

Melucci *et al* (2001) empreendem o conceito de movimento social como uma ação coletiva cuja orientação comporta solidariedade, manifesta um conflito e implica a ruptura dos limites de compatibilidade do sistema ao qual a ação se refere. A combinação destas três características assenta, no plano analítico, a especificidade dos movimentos sociais frente a outros tipos de ação ou organização coletiva. O movimento da Luta Antimanicomial engendra-se no campo onde ocorre o questionamento de códigos, sentidos dominantes acerca do louco e da loucura e de sua administração institucional.

É importante destacar que esta insurgência culminou numa época onde o cenário político esteve favorável à abertura da redemocratização do país e à atuação de intelectuais e militantes do movimento influenciados pela ótica da saúde integral, tornando, assim, possível a constituição de um novo modo de pensar saúde, não apenas como ausência de doenças, mas como bem estar biológico, psicológico e social, incluindo os mais diversos fenômenos relacionados à existência humana, como dispõe a Organização Mundial da Saúde (OMS, 1946).

Amarante (1995) nos adverte que o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira dá notícias de uma mudança do modelo teórico-conceitual até então vigente e da visão social acerca da loucura e aos sujeitos em sofrimento:

Está sendo considerada reforma psiquiátrica o processo histórico de formulação crítica e prática, que tem como objetivos e estratégias o questionamento assim como a elaboração de propostas de transformação do modelo clássico e do paradigma da psiquiatria. No Brasil, a reforma psiquiátrica é um processo que surge mais concreta e principalmente a partir da conjuntura da redemocratização, em fins da década de 1970, fundado não apenas na crítica conjuntural ao subsistema nacional de saúde mental, mas também, e principalmente, na crítica estrutural ao saber e às instituições psiquiátricas clássicas, no bojo de toda a movimentação político-social que caracteriza esta mesma conjuntura de redemocratização (AMARANTE, 1995, p. 91).

Em meio ao processo de redemocratização brasileira e através da promulgação da Constituição de 1988, a população brasileira pode testemunhar a consolidação da Saúde como direito de todos e dever do Estado. Referenciados pelos diversos debates e eventos, que discutiram e problematizaram questões referentes à saúde pública, sua condição e seu futuro – a saber, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), I Conferência Nacional de Saúde Mental (1986) e II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde (1987) (NETO, 2010) –, esta rede passaria a dispor de ações e serviços públicos de saúde realizados pela União, pelos Estados e pelos Municípios, agregando princípios do movimento da Reforma Sanitária ao serviço de atenção integral a saúde.



O movimento prevê a garantia constitucional do direito universal à saúde, o reconhecimento dos determinantes históricos e sociais no processo saúde-doença, a constituição de um campo de saber interdisciplinar que respeite a pluralidade da existência humana e a efetivação dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) que implica na ampliação e acesso universal dos usuários à rede de saúde, além da criação de dispositivos para uma gestão democrática e de participação social (BOING & CREPALDI, 2010, p. 637).

A criação do SUS teve como sustentáculo os princípios da reforma democrática do Estado e representou o desejo da população pela democratização das relações sociais e econômicas e universalidade da saúde. Conforme apontam Pasche, Passos e Barros (2009), “a base jurídico-legal do SUS se apresenta, sobretudo, como orientação ética, política e organizacional para se construir um novo sistema de saúde, pautado na justiça social, na equidade e na solidariedade” (p. 702).

Esse foi um momento decisivo que efervesceu de novos conhecimentos para o campo da atenção em Saúde Mental, em que se colocou em evidência a preocupação de construir um saber alinhado ao compromisso social e adequado à realidade brasileira e, especialmente, à democracia (DA ROCHA *et al*, 2015).

No escopo da Saúde Mental, sob a égide da Reforma Sanitária brasileira e inspirada pelos princípios antimanicomiais de reformas internacionais, o movimento que ficou conhecido como Luta Antimanicomial lançou críticas à mercantilização da loucura, à superlotação, à violência e maus tratos aos pacientes das clínicas psiquiátricas, propondo uma reforma do modelo hospitalocêntrico e medicalizador vigente (COSTA-ROSA, 2000). Não obstante, também foram denunciadas a falta de recursos e de profissionais, a precariedade das condições de trabalho e da assistência prestada pelas instituições psiquiátricas.

Amarante (1998) situa o nascimento do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira no ano de 1978, a partir da crise da DINSAM (Divisão Nacional de Saúde Mental – MS), quando estas denúncias de abusos e violação de direitos humanos dentro dos hospitais psiquiátricos do Rio de Janeiro repercutiram nacionalmente, desencadeando o surgimento de Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM). Este movimento foi amplamente inspirado pelas experiências norte-americanas e europeias e pelo Movimento Nacional de Reforma Sanitária, e teve como principal proposta a desinstitucionalização como foco de desconstrução de práticas manicomiais (NETO, 2010).



Ao discorrer sobre o conceito de desinstitucionalização, Amarante (1996) a define a partir de três categorias, sendo elas: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e a desinstitucionalização como desconstrução. Estas categorias relacionam-se a três endereçamentos históricos nos processos reformistas ocorridos no mundo Ocidental.

A primeira destas está amplamente vinculada à experiência norte-americana do Governo Kennedy, fundamentado na psiquiatria preventiva e comunitária que decorreu num processo de desospitalização. De acordo com Amarante (1996), a desinstitucionalização como desospitalização se orienta a partir do paradigma psiquiátrico tradicional, que parte do pressuposto de que a Reforma Psiquiátrica consiste em aplicar corretamente o saber científico e as técnicas psiquiátricas, assim como considera que deva haver um rearranjo estrutural e nas formas de gestão administrativa, como: diminuição de leitos e de tempos médios de permanência hospitalar, aumento do número de altas e/ou criação de serviços intermediários, implantação de uma rede de serviços e ações de cunho sanitário, preventivo e comunitário que substituam o aparato hospitalar (p. 491).

A desinstitucionalização enquanto desassistência, por sua vez, se coloca em oposição à desinstitucionalização defendida pelo autor, pelo fato de entender o processo como uma simples desospitalização sem criar novos modelos, serviços e políticas, por entender que a desinstitucionalização não significa a substituição do modelo hospitalar por outras modalidades de assistência e cuidado. Isto implica na saída do Estado do processo de proteção social às pessoas com transtorno mental, refletindo no seu abandono (SILVA; ROSA, 2014).

Esta última vertente, abraçada pelas lideranças do movimento reformista brasileiro, orienta a desinstitucionalização para a desconstrução de saberes, práticas e perspectivas que levem à segregação, estigma e destituição de direitos da pessoa com transtorno mental. Amarante (1996) afirma que podemos pensar a desinstitucionalização como desconstrução no sentido de que se aproxima da trajetória prático-teórica da tradição desenvolvida por Franco Basaglia, a partir da qual exige a presença do Estado na proteção social à pessoa com transtorno mental e a seus familiares, reconstruindo a complexidade do viver com o transtorno mental, no sentido de reinventar a vida e produzir saúde.

Desinstitucionalização significa tratar o sujeito em sua existência e em relação com suas condições concretas de vida. Isto significa não administrar-lhe apenas fármacos ou psicoterapias, mas construir possibilidades. O tratamento deixa de ser a exclusão em espaços de violência e mortificação para tornar-se criação de possibilidades concretas de sociabilidade a subjetividade. O doente, antes excluído do mundo dos direitos e da cidadania, deve tornar-se um sujeito, e não um objeto do saber psiquiátrico. (AMARANTE, 1995, p. 494)

Amarante (1995) ainda defende que, através do lema “Por uma sociedade sem manicômios”, a ideia de desinstitucionalização na tradição basagliana ressurge como um conceito básico de reorganização do sistema de serviços. Assim, a desinstitucionalização proposta pela Reforma Psiquiátrica não poderia ser entendida como desassistência as pessoas portadoras de transtornos mentais pois, além da criação de novos serviços em Saúde Mental, ela também tem como principal objetivo a ideia da desconstrução de práticas manicomialis.

Ao ressaltar a tradição basagliana, o autor refere-se à Psiquiatria Democrática italiana proposta por Franco Basaglia. Com este movimento, houve o fechamento dos pavilhões e enfermarias psiquiátricas e a abertura de serviços substitutivos, entre os quais os centros de saúde mental. A partir de então que irá surgir uma nova proposta de cuidado aos portadores de transtornos mentais, um cuidado que substitua a lógica manicomial e suas instituições.

É importante denotar que a desinstitucionalização aponta para a problematização da loucura (AMARANTE, 2008), uma vez ela vai muito além da recusa à internação e propõe a desconstrução e a invenção de novos serviços que coloquem em questão as práticas e os saberes que instituem a doença mental como um lugar de diferença na sociedade. Aponta, ainda, para a possibilidade de se viverem ações políticas e sociais de transformação das estruturas cristalizadas, onde aquele que é visto como louco pode ser mais, intensificando sua singularidade. Trata-se, portanto, de ultrapassar as estruturas de saber-poder e viver o mundo na sua mutabilidade (FERNANDES; JOCA, 2011).

Por sua vez, Rotelli e cols. (1990) chamam a atenção para o fato de que a direção do processo desinstitucionalizante não está dada *a priori*, demandando constante atenção sobre seus rumos, tendo em vista que propostas orientadas por setores de progressistas podem ser apropriadas e redirecionadas pelo ideário neoliberal, levando à desresponsabilização do Estado com a proteção social.

Movimentos como o da Luta Antimanicomial se compromissam em inovar ações que se multiplicam através de atores sociais diversos (profissionais, usuários e familiares)

produzindo outros lugares e subjetividades comprometidas com as transformações sociais. Este movimento foi constituído de maneira oficial em dezembro de 1987 no II Congresso Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em Bauru, sob o lema “Por uma sociedade sem manicômios”, se consolidando como um movimento social que luta pela extinção dos manicômios e de toda violência praticada pela assistência psiquiátrica. Neste evento, foi publicado o Manifesto de Bauru que conforma uma postura contra a mercantilização da doença, contra uma reforma sanitária privatizante e autoritária, em defesa de uma reforma sanitária democrática e popular, em defesa de uma reforma agrária e urbana e em apoio aos trabalhadores para que pudessem se organizar de forma livre e independente. Segundo Silva (2003), este Manifesto constitui-se como uma espécie de documento de fundação do movimento antimanicomial que marca a afirmação do laço social entre os profissionais com a sociedade para o enfrentamento da questão da loucura e suas formas de tratamento. O documento reivindicou também o direito à sindicalização dos servidores públicos assim como a criação do Dia Nacional de Luta Antimanicomial em 1988 – comemorado no dia 18 de maio – e fazia um apelo ao fim dos manicômios (CUSINATO, 2016).

O modelo de Atenção Psicossocial surge nesse contexto em que se pretende romper com a paradigma asilar, com o modelo médico e com a cultura da violência para assim estabelecer uma nova prática quem represente uma ruptura com os hábitos inadequados de cuidado. Segundo Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), o modelo de Atenção Psicossocial é utilizado para designar novos dispositivos institucionais, entre eles os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Núcleos de Apoio Psicossocial (NAPS), que buscam outra lógica, que não a velha lógica do modo asilar, outra fundamentação teórico-técnica que não o modelo médico centralizado na doença, outra fundamentação ética e outro modelo que fuja dos paradigmas psiquiátricos.

A ruptura com o modelo manicomial significa, para o movimento, muito mais do que o fim do hospital psiquiátrico, pois toma como ponto de partida, como apontam Abou-Yd e Silva (2003), a crítica profunda aos olhares e concepções acerca deste fenômeno.

Significa a contraposição à negatividade patológica construída na observação favorecida pela segregação e articuladora de noções e conceitos como a incapacidade, a periculosidade, a invalidez e a inimizabilidade [...] Significa ainda mirar a cidade como o lugar da inserção [...] a possibilidade de ocupação, produção e compartilhamento do território a partir de uma cidadania ativa e efetiva (ABOU-YD; SILVA, 2003, p. 42).

Ao repensar as práticas e transformações desse cenário, Amarante (1999) apresenta quatro campos de transformação na Saúde Mental, para romper com o antigo paradigma, sendo eles: teórico-assistencial, técnico-assistencial, jurídico-político e sociocultural. Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2003), a partir desses campos irão realizar uma leitura das práxis da Atenção Psicossocial e defini-las. O campo teórico-conceitual refere-se aos conceitos e saberes que respaldam as práticas da Psiquiatria tradicional relacionadas ao sofrimento psíquico. Adiante, a dimensão técnico-assistencial diz respeito ao exercício do cuidado à loucura, propondo, como exemplo, a construção de uma rede de serviços substitutivos que prezam pela socialização e pelo acolhimento em substituição às práticas medicalizadoras e excludentes. Por sua vez, o campo jurídico-político envolve as legislações e as portarias que foram e são necessárias para o avanço da Reforma Psiquiátrica, que garantem os direitos e a inclusão social dos usuários da Saúde Mental.

Estes apontamentos referenciados pelos referidos autores dão destaque à relevância da Atenção Psicossocial como um processo de transformação da antiga lógica manicomial para um novo movimento que rompe com antigos paradigmas. Amarante (2007) aponta que a Atenção Psicossocial não pode ser vista como um modelo, mas sim como um processo social e complexo, portanto, que está em constante transformação e superação dos antigos paradigmas manicomiais. Cusinato (2016) também nos atenta sobre a necessidade de um constante movimento de transformação na estrutura que irá substituir o antigo modelo e a participação de profissionais, usuários, familiares e uma política pública que apoie e forneça subsídios e referenciais para que essa mudança seja realizada e assim favorecer a inserção social dos indivíduos (p. 36).

No Brasil, algumas experiências nacionais de caráter antimanicomial demonstraram êxito e foram fundamentais para a implantação e multiplicação dos projetos que punham em ação a transformação efetiva do paradigma psiquiátrico, hospitalocêntrico e medicalizador (COSTA ROSA, 2013). Algumas destas experiências se concentraram inicialmente na região Sudeste do país, ganhando destaque as dos municípios de Santos e Rio Claro, ambas no estado de São Paulo. Influenciadas pela desinstitucionalização italiana – cuja proposta psicossocial expressa-se na criação de Núcleos de Atenção Psicossocial –, seu maior reflexo esteve relacionado à extinção do Manicômio Casa de Saúde Anchieta do município, sendo substituído por uma rede de estabelecimentos ambulatoriais (PITTA, 2001).

O primeiro CAPS surgiu em 1987, em São Paulo (CAPS Itapeva), mesmo ano em que o primeiro Núcleo de Apoio/Atenção Psicossocial foi criado (NAPS Bauru), inaugurando um marco significativo de um novo modo de cuidar que considera o sujeito em sofrimento como estruturante de uma clínica ampliada que o articula no seu território e não o enclausura para tratá-lo (PITTA, 2001).

Como exposto, nos termos do art. 196 da Constituição Federal, “saúde é direito de todos e dever do Estado” (BRASIL, 2010), contudo, no que se refere às políticas de Saúde Mental, apenas doze anos após a implantação do SUS, através da aprovação da Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001, cujo projeto inicial foi proposto pelo Deputado Federal Paulo Delgado (do Partido dos Trabalhadores de Minas Gerais), que as pessoas portadoras de sofrimento psíquico puderam ser amparadas constitucionalmente dentro das diretrizes dos Direitos Humanos. Vale ressaltar que o projeto original foi rejeitado, tendo sido aprovado um substitutivo que dispõe sobre “a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental”, sem no entanto instituir mecanismos claros que garantissem a progressiva extinção dos manicômios, uma das aspirações fundamentais do texto original. A Lei Paulo Delgado ou Lei da Reforma Psiquiátrica, como ficou conhecida, marca o início das lutas da Reforma Psiquiátrica nos campos legislativo e normativo e, além de propor a regulamentação de direitos da pessoa com transtornos mentais, almeja a extinção progressiva dos manicômios no país.

A Política Nacional de Saúde Mental, apoiada na Lei 10.216/01, buscou consolidar um modelo de atenção aberto e de base comunitária, proporcionando aos usuários cuidados com base nos recursos que a comunidade oferece. Sobre esse novo modelo apresentado pela III Conferência Nacional de Saúde Mental, o documento de Relatório Final do evento traz o seguinte destaque:

A reorientação do modelo assistencial deve estar pautada em uma concepção de saúde compreendida como processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde. A efetivação da Reforma Psiquiátrica requer agilidade no processo de superação dos hospitais psiquiátricos e a concomitante criação da rede substitutiva que garanta o cuidado, a inclusão social e a emancipação das pessoas portadoras de sofrimento psíquico. Nesta perspectiva, é necessário que os municípios desenvolvam, de acordo com as diretrizes acima expostas, políticas de saúde mental mediante a implementação de uma rede de serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, territorializados e integrados à rede de saúde que realize ações de proteção, promoção, prevenção, assistência e recuperação em saúde mental. (Conferência Nacional de Saúde Mental, 2002, p.23)

Em dezembro de 2011 foi publicada a Portaria n° 3.088 que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidade decorrente do uso de crack, álcool e outras drogas no âmbito do SUS, caracterizando a RAPS em relação às diretrizes, objetivos, funcionamento, território e outras características. As principais orientações almejadas através da criação dessa rede foram: ampliar o acesso à Atenção Psicossocial da população em geral; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências (BRASIL, 2011).

Posteriormente à Lei 10.216/01, as Portarias n° 336 de 19 de fevereiro de 2002 (BRASIL, 2002) estabeleceram modalidades de Centros de Atenção Psicossocial Tipo I, Centros de Atenção Psicossocial Tipo II, Centros de Atenção Psicossocial Tipo III, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas, Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas Tipo III e Centros de Atenção Psicossocial Infante Juvenil. A assistência prestada no Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) inclui as atividades como atendimento individual, atendimento em grupos, oficinas em grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, atendimento à família e atividades comunitárias (BRASIL, 2004).

Por sua diversidade em atendimentos, a RAPS foi dividida em pontos e componentes de atenção que constituem a rede, que vão desde a Atenção Básica em Saúde – englobando equipes de Atenção Básica para populações em Situações Específicas (Consultório na Rua e Equipe de Apoio aos Serviços do Componente Atenção Residencial de Caráter Transitório) até as Estratégias de Reabilitação Psicossocial, que possuem como caráter inicial servir como uma ferramenta para facilitar ao indivíduo com limitações a restauração no melhor nível possível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade (PITTA, 2000).

Dentro da Atenção Básica, propõe-se um trabalho compartilhado de suporte às Equipes de Saúde da Família (ESF) por meio do desenvolvimento do Apoio Matricial em Saúde Mental pelos profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O Apoio Matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de Saúde da Família, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados

para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de SF e Saúde Mental, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários (BRASIL, 2009).

Na Atenção de Urgência e Emergência, os pontos de atenção são responsáveis, em seu âmbito de atuação, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Entre eles destacam-se o Samu, a sala de estabilização, as portas hospitalares de atenção à urgência/pronto-socorro, a UPA e as unidades básicas de saúde (BRASIL, 2017).

A Atenção Residencial de Caráter Transitório consiste em unidades de atendimento que oferecem cuidados contínuos de saúde, com funcionamento 24 horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório cujo tempo de permanência é de até seis meses (BRASIL, 2017).

Por sua vez, a Atenção Hospitalar oferece tratamento hospitalar para casos graves relacionados aos transtornos mentais e ao uso de álcool, crack e outras drogas, em especial de abstinências e intoxicações severas. Já o serviço hospitalar de referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas oferece suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, com equipe multiprofissional e sempre acolhendo os pacientes em articulação com os CAPS.

As Estratégias de Desinstitucionalização e Estratégias de Reabilitação Psicossocial, por sua vez, intentam numa perspectiva de garantia de direitos com a promoção de autonomia e o exercício de cidadania, buscando sua progressiva inclusão social. Os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs) e o Programa de Volta para Casa são pontos de atenção das Estratégias de desinstitucionalização. Estas estratégias possuem como objetivos primordiais a defesa da inclusão da reabilitação em políticas públicas e o atendimento integral mediante ações de prevenção, promoção e reabilitação, sendo o território comunitário um espaço privilegiado para a atenção em reabilitação (BRASIL, 2017).

A partir da análise desses serviços, é perceptível a variedade das necessidades específicas e dos dispositivos e/ou serviços no novo contexto, nos quais todos os



profissionais de saúde mental são convocados a trabalhar, incluindo também os psicólogos. A implementação da Lei 10.216/01 definiu como direito da pessoa com transtorno mental o tratamento em serviços comunitários de Saúde Mental, a garantia aos internos em instituições de saúde mental melhores condições de saúde, além de direitos de cidadania (SANTOS e cols., 2000). O texto assegura, no art. 4, 2º parágrafo: “O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros.”

Entretanto, no que se refere aos direcionamentos operacionais, a Lei não versa especificamente sobre a atuação do psicólogo, sequer descreve seu campo de atuação e sua relação com os demais profissionais. Como exposto por Santanna e Brito (2014), o que a Lei da Reforma Psiquiátrica propõe é a interdisciplinaridade, a inclusão do atendimento psicológico entre as modalidades de intervenção em instituições de Saúde Mental. Este é, de fato, um importante marco no âmbito das políticas públicas de saúde, embora não seja suficiente para criar as condições de um atendimento genuinamente interdisciplinar, voltado para o cuidado integral da pessoa com transtorno psíquico

Desde sua implementação, os CAPS têm sido considerados como dispositivos mais estratégicos para a organização do cuidado em Saúde Mental de base comunitária. Seu objetivo de primar pelo acolhimento do sujeito em sofrimento psíquico e efetivar a Reabilitação Psicossocial engajada na própria comunidade reflete-se no aumento considerável abertura de Centros nos últimos anos. Estima-se atualmente um número aproximado de 2.465 CAPS em todo território nacional, tendo maior concentração nas regiões Sudeste (862) e Nordeste (860)<sup>1</sup>.

Todas as modalidades de CAPS devem ser compostas por equipes multiprofissionais com olhar interdisciplinar, com presença obrigatória de profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: médico (com formação em saúde mental ou psiquiatria), psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico singular (de três a cinco profissionais), aos quais se somam outros profissionais do campo da saúde (BRASIL, 2002). Além de cuidados clínicos, como atendimento individual, medicamentoso, psicoterápico, entre outros, os usuários assistidos nos CAPS devem ter

---

<sup>1</sup> Ver mais em: < <https://www2.jornalcruzeiro.com.br/materia/818479/caps-tem-ma-distribuicao-no-pais>>



acesso a trabalho e lazer. O usuário ingressa no serviço por meio de encaminhamento ou demanda espontânea, seguido de triagem, em que se estabelece a necessidade do cuidado específico ou reencaminhamento (SILVA e cols., 2009).

No contexto de um trabalho interdisciplinar, pode-se prever que os psicólogos que trabalham em instituições de Saúde Mental atuam de modo integrado, adentrando equipes de profissionais de áreas diversas. O trabalho integrado, marcado por reciprocidade e enriquecimento mútuo bem como pela democratização, favoreceria a compreensão do indivíduo portador de transtorno mental, da loucura, como fenômeno complexo que demanda vários saberes no trato com o mesmo indivíduo (VIEIRA, 2000). O profissional de Psicologia atua como agente de reintegração na vida do louco, desvinculando-o da instituição, viabilizando o resgate da cidadania, combatendo a cronificação, tentando evitar novas crises e demonstrando que o sujeito em sofrimento psíquico tem direito a buscar e realizar seus desejos, como o de estudar, trabalhar, ter e conquistar seus direitos plenos (RIBEIRO, 1998).

Em linhas gerais, embora não haja um consenso sobre concepção da loucura dentro da Psicologia, as diferentes correntes associam o sofrimento à condição de vida social do indivíduo, às suas relações com a família e outros grupos e com suas próprias experiências (SANTANNA; BRITO, 2014). Bock (1997) assevera que, em meio à multiplicidade de abordagens, os profissionais da Psicologia têm dificuldade em estabelecer os princípios que devem ser aplicados no cuidado com os portadores de transtornos mentais, no que tange ao aspecto psíquico, à história de vida, à cultura em que se encontra inserido, etc. Considerando a pluralidade de teorias e práticas no campo da Psicologia e as variadas concepções sobre a loucura que mantiveram as instituições de Saúde Mental como espaços de exclusão, cabe aqui refletir sobre o impacto da Lei da Reforma Psiquiátrica sobre os psicólogos que atuam dentro dessas instituições de Saúde Mental, mais especificamente sobre os profissionais que se encontram inseridos na rede pública de saúde.

Macedo e Dimenstein (2012) asseveram que a categoria que mais se beneficiou pelo movimento de contratação das equipes multiprofissionais ao longo das últimas décadas foram os psicólogos. Esse crescimento também pode ser compreendido como efeito da necessidade destes profissionais de se inserir no mercado de trabalho através de novas formas e campos de atuação. De acordo com Gil (1985), a inserção na saúde pública foi, para o psicólogo, a maneira de ter uma função socialmente reconhecida e a estratégia

para escapar ao declínio social que a categoria vinha experimentando naquela década e que se intensificou por conta do estado de recessão econômica dos anos 80.

Esta retração na demanda pelo atendimento individual e privado e o crescente espaço de atuação na saúde pública convocou a categoria profissional a problematizar o modelo centrado na doença quanto à pertinência ante às necessidades de saúde da maioria da população. Este encontro com uma nova clientela – representada pelas classes populares, com outras condições de trabalho, a assalariada e a estatal – e com novos desafios foi marcada por questionamentos e a inserção do psicólogo no SUS operou uma “desconstrução identitária, produzindo efeitos ainda em curso no âmbito da atuação e da formação” (FERREIRA NETO, 2011, p. 108).

Os efeitos desta ação na saúde pública, no entanto, não tiveram os mesmos efeitos no campo da formação, cujos debates sobre desafios e possibilidades da atuação não foram efetivamente acompanhados por todas as universidades onde se concentravam os estudantes que viriam a exercer a profissão na rede públicas de saúde (DIMENSTEIN, 1998). É importante ressaltar que, naquele momento, as discussões estavam imbuídas pelos ideais do movimento reformista e, apesar de fomentadas pelos conselhos profissionais e sindicatos, não compareciam de maneira sistemática nas grades curriculares dos cursos de Psicologia (DIMENSTEIN, 1998; MACEDO; DIMENSTEIN, 2012).

Como desdobramento de uma formação que visava majoritariamente o atendimento clínico privado em detrimento ao trabalho no setor público voltado para um modelo de Atenção Psicossocial, encarou-se a entrada de um contingente profissional despreparado para os reais desafios dos serviços de uma rede de assistência à Saúde Mental em desenvolvimento. Ao questionar as práticas dos profissionais e sua atuação nos serviços substitutivos, Dimenstein (1998) defende que:

[...] os cursos de graduação, por sua vez, desempenham um papel fundamental na determinação de modelos de atuação extremamente limitados e inadequados à realidade sanitária do país [...]. O contexto atual dos serviços públicos de saúde requer novas habilidades dos profissionais e a universidade continua formando profissionais despreparados para atuar nesse campo. Os cursos atendem apenas o ideal de profissional liberal presente entre os alunos e aos interesses corporativos dos profissionais. Os currículos apresentam-se muitas vezes como uma colagem de disciplinas estanques e descontextualizadas [...]. (p.12)

Diante desse cenário, os profissionais da área da saúde, em geral com uma formação pouco crítica e descontextualizada historicamente, acabam por exercer, muitas

vezes sem se dar conta, o papel de vigilantes da ordem, e, por acreditarem na neutralidade e objetividade da ciência moderna, não sabem lidar com os desafios da vida, quando se deparam com eles (COLLARES; MOYSÉS, 2013). Deste modo, cria-se um risco de desenvolver uma prática baseada na mera reprodução de saberes e fazeres pré-estabelecidos que remonta ao cumprimento de protocolos que consolidam uma identidade clássica de atenção em saúde.

Vasconcelos (2004) nos atenta para o fato de que, no que se refere à formação profissional dos psicólogos, o cenário não se modificou significativamente com o passar dos anos, isto é, ao mesmo tempo que houve um

crescente interesse em investir na sistematização de práticas e formação adequadas aos novos desafios do campo da saúde mental por parte da direção das principais entidades corporativas dos psicólogos, de administrações governamentais de programas de saúde mental e de alguns gestores de cursos de pós-graduação, a formação a nível dos cursos de graduação mudou pouco nas principais universidades e faculdades do país, ainda polarizada hegemonicamente pelo modelo do consultório particular, pela prática profissional liberal e pelos paradigmas convencionais do saber *psi* (p.87).

No campo da Psicologia, por exemplo, essa lógica reforça um modelo de identidade clássico e ainda muito vivo no imaginário popular de psicólogo-psicoterapeuta. Do mesmo modo, a própria inserção da profissão nas políticas de bem-estar social, especialmente na saúde pública, Saúde Mental e assistência social, tem sido um importante dispositivo gerador de problematizações sobre a identidade profissional, os modos de atuação/formação e o compromisso social da categoria.

É importante aqui ressaltar o entendimento de que a formação acadêmica é apenas uma dentre as muitas vias pela busca de saberes/fazeres que convocam uma mudança de paradigmas e que incrementam o desafio de superação do modelo psiquiátrico. Nesse sentido, a problematização sobre a grade curricular dos cursos de Psicologia incita o debate em torno de como essa ciência e profissão vem se engajando na luta pela construção dessa lógica de cuidados em saúde e Saúde Mental, visto que a universidade possui um importante papel na formação profissional, cabendo a ela contribuir, concatenando o campo teórico-conceitual ao técnico-profissional, para o ideário da Reforma Psiquiátrica (RODRIGUES; ZANIANI, 2017).

Atualmente, vivenciamos um processo contraditório nos campos de atuação e formação profissional. Cusinato (2016) chama atenção para o fato de que há algumas

instituições de ensino que avançam em relação as discussões contra hegemônicas, enquanto outras apresentam uma formação acadêmica em que a discussão acerca das políticas públicas e os serviços vigentes não comparecem de modo premente, forjando uma formação inconsistente, empobrecida e acrítica.

Como agravante, a educação pública brasileira sofre um atentado através da redução de recursos para investimentos nos campos de ensino, pesquisa e extensão. Esse projeto de desmonte da Educação assinado pelo atual presidente Jair Bolsonaro almeja não apenas congelar verbas para a Educação, mas também servir como um instrumento de perseguição a docentes, estudantes e aos defensores de ideais que considera serem seus inimigos<sup>2</sup>. Tudo isso, pois enfrentamos momentos de mercantilização da educação, visto que a intenção é o aumento do lucro com a criação dos cursos superiores e a manutenção da ordem estabelecida.

Não obstante, desde o golpe de 2016 sofrido pelo governo da então presidenta Dilma Rousseff, assistimos uma crescente implementação de políticas neoliberais em detrimentos às políticas públicas, seja pela precarização dos serviços, seja pela falta da garantia de direitos na vida de quem acessa estes espaços (AGUIAR, 2018). Como exemplo desse projeto de desmantelamento das políticas sociais, podemos pensar na Emenda Constitucional Nº 95, de 15 de dezembro de 2016, popularmente conhecida como “PEC da morte”<sup>3</sup> ou PEC 241, que estabelece um novo regime fiscal, caracterizado pelo congelamento das despesas primárias – saúde, educação, moradia, etc., para os próximos vinte anos. Esse corte nos investimentos sociais dá espaço para significa a privatização progressiva de setores fundamentais ao bem-estar social e a garantia de direitos básicos, que passarão a ser vendidos como mercadoria, o que remonta aos antigos modelos de atenção à saúde, fomenta uma lógica conservadora e amplia a dificuldade já existente de um cuidado em saúde mental de bases territoriais.

Em dezembro de 2017 são feitas alterações na portaria Nº 3.588 que institui a RAPS, deixando de prever na portaria a extinção progressiva dos manicômios e acrescenta como dispositivos da RAPS os hospitais psiquiátricos e as comunidades terapêuticas, alterando também as formas de financiamento sem debates prévios nos

---

<sup>2</sup> Ver mais em: <<https://www.brasil247.com/blog/os-caminhos-da-educacao-no-governo-de-jair-bolsonaro>>

<sup>3</sup> Ver mais em: <[https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574\\_221053.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574_221053.html)>

espaços de controle social. De acordo com Aguiar (2018), a implementação da política de Saúde Mental Antimanicomial no Brasil, que sempre foi um grande desafio, vê problemas antigos persistirem e se aprofundarem, dentre eles:

O subfinanciamento, a cultura moralista e de aprisionamento da loucura que predomina em nossa sociedade, a dificuldade no processo de desinstitucionalização, a falta de espaços e de incentivo à uma educação permanente aos trabalhadores – em especial da saúde e da assistência – baseada em novo modelo de atenção, a falta de expansão da rede de serviços – inclusive intersetorialmente, compreendendo políticas de trabalho, renda, moradia, educação, entre outras, como fundamentais na relação saúde/adoecimento (p. 14).

No que concerne ao desenvolvimento e formação profissional dos servidores, Almeida e Ferraz (2008) destacam que investir nos recursos humanos envolve diversos aspectos, entre eles: reestruturação curricular nos cursos de formação em saúde, adequando os currículos às demandas do SUS; adoção de metodologias de ensino-aprendizagem que promovam formação crítica e reflexiva e integração efetiva entre as instituições de ensino superior e os serviços de saúde; e capacitação dos recursos humanos da saúde através de políticas de educação permanente em saúde.

Deste modo, apenas uma ação efetiva com os profissionais que constituem os recursos humanos nas redes de saúde pública em seus níveis municipal, estadual e federal seria capaz de dar conta, ainda que parcialmente das demandas e desafios desse quadro organizacional. Esta ação, por sua vez, demanda desde investimentos na readequação da formação, através da reestruturação dos currículos e das metodologias dos cursos de graduação e pós-graduação em saúde, até o desenvolvimento dos profissionais que já estão atuando nos serviços (DA GAMA LEME *et al*, 2009).

Para iniciar a mudança deste quadro, espera-se na formação “um profissionalismo que não seja mais caricatural e simplificado, mas um profissionalismo completo, que consiga ser um elemento de transformação cultural da sociedade” (ROTELLI, 1992, p. 74), o que convoca a Psicologia para a construção de um novo compromisso social da profissão, especificamente em relação à Saúde Mental. Como ressaltam Macedo e Dimenstein (2013), a importância histórica que tem o campo da Saúde Mental para a profissão no Brasil reside justamente na ampliação dos espaços de atuação e debate sobre a presença da categoria nas políticas públicas e no contato da Psicologia e dos psicólogos com a esfera pública e os direitos humanos.

Por ter se constituído como um espaço de embate com diferentes atores, forças e interesses, a Reforma Psiquiátrica brasileira promove o exercício político de diversos segmentos. De um lado, posicionam-se aqueles que fazem avançar ações para a ampliação da rede substitutiva de modo a alavancar debates e intervenções para a constituição de um novo aparato teórico-conceitual, técnico-interventivo e jurídico-legal para a loucura em nossa sociedade (AMARANTE, 2007). De outro, encontram-se supostos “reformistas”, que na verdade reforçam o velho discurso de manutenção do poder psiquiátrico quando defendem práticas que reforçam a ação de tutela, isolamento e controle da vida, agregado à revalorização do aparato teórico-conceitual definidor da loucura enquanto doença – um mal passível de ser tratado e curado (COSTA-ROSA, 2000). Neste sentido, os embates tornam-se uma convocação para a militância a favor ou contra o ideário da luta antimanicomial (AMARANTE, 2012) e desvelam posicionamentos e práticas construídas tanto para a derrubada dos muros manicomiais, como também para gerar o apagamento de algumas memórias.

Ao refletir sobre a Reforma Psiquiátrica Brasileira, Pitta (2011) cita Desviat que reconhece-a como “um dos mais frutíferos, promissores e vigorosos processos de transformação no campo da saúde mental e da psiquiatria no mundo”. Nem por isso desconsidera os desafios desse processo que, como ela mesma afirma, são “próprios do crescimento do bem sucedido movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira no interior de um estado burocrático, refratário a inovações, e a radicalidade que a mudança do modo de cuidar requer” (p. 4588). Para a autora, a Reforma seria uma “questão mais ético-política e cultural do que técnica” e, nesse sentido, seu futuro estaria “na esperança que os usuários, familiares, trabalhadores – esses novos protagonistas que amadurecem e se renovam a cada dia – encontrem modos mais sensíveis de reduzir os danos causados pelas nossas instituições e nossas escolhas insensatas” (p. 4588).

A potência reivindicatória do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil e da Política Nacional de Saúde Mental convocou as diversas categorias profissionais a adotarem um posicionamento diante estas disputas. Macedo e Dimenstein (2013) reiteram que

o próprio trabalho em Saúde Mental é atravessado no seu cotidiano por situações e demandas que exigem das profissionais ações não apenas no âmbito técnico, mas o envolvimento com atividades de planejamento (gestão do trabalho) e posicionamento frente aos inúmeros jogos de interesses e poder que permeiam essa política pública. O caráter contraditório e conflituoso, em como

a necessidade permanente de construção de posicionamentos comuns, mesmo que temporários, entre os diversos segmentos que estruturam o campo de forças da Reforma Psiquiátrica, faz da Saúde Mental um espaço singular de atuação, pois exige de nós, trabalhadores, ações fundadas não só no âmbito teórico-técnico dos nossos saberes, mas também ético-político de nossas posturas profissionais. Portanto, atuar na Saúde Mental requer o empreendimento de ações mais implicadas, quer no plano macro, quer no plano micropolítico (p. 299).

Um exemplo contundente para podermos pensar a importância da Saúde Mental para a profissão psicólogo reside na própria ação do Conselho Federal de Psicologia (CFP) quando elegeu tal campo como palco de atuação política da categoria profissional (MACEDO; DIMENSTEIN, 2013). De acordo com os mesmos autores, através da criação da Rede Nacional Internúcleos de Luta Antimanicomial (RENILA) e o seu fortalecimento na última década no plano nacional, fizeram com que os psicólogos adotassem posturas mais incisivas com uma agenda de reivindicações e contestações dirigidas às três esferas de governo. Vasconcelos (2010) assevera que tais ações, que contam com apoio e estrutura do CFP, têm se pautado em denúncias de irregularidades e o não cumprimento por parte dos governos da agenda de ações previstas no campo da Reforma e defesa dos direitos humanos.

Outros exemplos de mobilização política dos psicólogos em resistência ao desmonte das políticas de Saúde Mental é o alinhamento de forças do Conselho Federal de Psicologia (CFP) com entidades e organizações que se posicionam em defesa da Reforma Psiquiátrica e da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), como a Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME) e a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO). Tal quadro é indicativo que a Saúde Mental é, por si só, um importante analisador da participação e ação política da profissão.

É inegável que vivemos um cenário de contrarreformas e desmonte de políticas sociais marcado pelas perdas de direitos sociais em determinantes variados, entre eles a saúde, inclusive a Saúde Mental. A partir de tantas medidas que se configuram como um retrocesso à Política de Saúde Mental, faz-se necessário refletir e problematizar como a ascensão de um governo conservador tem repercutido no campo das políticas sociais, enfraquecendo direitos conquistados, além da própria democracia, tornando o cenário social, econômico e político do país cada vez mais desafiador.

Por outro lado, não podemos fechar os olhos para o percurso das práticas psicológicas galgadas nos últimos anos no âmbito das políticas públicas de saúde, promovendo uma aproximação da Psicologia do seu compromisso social e tomando a

frente na produção e participação dos movimentos sociais e políticos. Destacam-se as experiências no campo da Luta Antimanicomial, da construção de serviços substitutivos, da relação saúde-trabalho enquanto prática social de análise e intervenção em Saúde, dentre outros.

De fato, ainda há muito a avançar, embora seja incontestável que a Psicologia tem potencializado as articulações no campo da Atenção Básica, da Promoção de Saúde, da Saúde Mental, além de se co-responsabilizar na construção e na consolidação de práticas intersetoriais inclusivas e geradoras de cidadania e de manutenção dos direitos humanos.



### 3 CIÊNCIAS HUMANAS, PSICOLOGIA E UM NOVO CONCEITO DE SAÚDE

Como exposto no capítulo anterior, o saber-fazer em Saúde sofreu importantes e significativas transformações no Brasil – por refletir o próprio contexto histórico pelo qual o país passou em anos de redemocratização. Com a Constituição de 1988 e a estruturação do SUS, inaugurou-se o reordenamento teórico, paradigmático e operacional da Saúde que a levou a ser compreendida no âmbito institucional da Segurança Social (REIS, MARAZINA E GALLO, 2004). A reordenação do conceito de saúde, base de todo o movimento da Reforma Sanitária, incorpora, entre seus determinantes, as condições de vida e desloca no sentido da comunidade a assistência médico-hospitalar como diretriz da atenção à saúde (QUEIRÓZ, 1992).

O processo conhecido por Humanização da Saúde teve sua origem nos movimentos de reformas, nas Conferências de Saúde e nos grupos militantes voltados às ações em prol do desenvolvimento de uma consciência cidadã e cujas atuações se tornaram gradativamente influentes, estruturadas e articuladas. Rios (2009) presume que o próprio termo tenha sido forjado na década de 1990, quando os movimentos da luta antimanicomial e feminista ergueram voz contra práticas abusivas institucionalizadas.

Nesse contexto, a ideia de Humanização passou a ser entendida como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de Saúde” (BRASIL, 2004). O documento destaca que o esforço de humanização é concebido como um aporte de valor positivo alocado ao sujeito implicado na produção de saúde, embora, no entendimento comum, não seja raro que designe o usuário como único alvo da humanização.

Esse programa tem seu início da década de 1990 na gestão do presidente Fernando Henrique Cardoso como Programa Nacional de Humanização e recebeu continuidade e incremento, alcançando a dimensão de Política Nacional de Humanização (PNH) durante o governo de Luiz Inácio Lula da Silva, na década de 2000. Em 2001, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). Este programa tinha como propósito um conjunto de ações integradas com o objetivo de transformar os padrões de assistência aos usuários da rede de saúde pública, enfocando a necessidade de gerar uma transformação cultural no ambiente hospitalar.

A partir de 2003, a nova gestão do Ministério da Saúde inicia a condução de uma proposta que expandisse a Humanização para além do ambiente hospitalar e estabeleceu a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no SUS – HumanizaSUS. O HumanizaSUS aparece enquanto política nacional norteadora para atenção e gestão de todas as instâncias do SUS e como uma forma de efetivar os princípios, as bases e as diretrizes propostas pelo SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão. Além disso, objetivou estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e de sujeitos, gestores e usuários – capacidade dos sujeitos compreenderem a si mesmos e ao seu contexto, capacidade de análise e de cogestão das próprias vidas, isto é, assumindo autonomia e protagonismo (CAMPOS, 2003).

Bernardes e Guareschi (2007) defendem que a Humanização se constituiu desde o começo como uma política, não apenas como um programa, pois o intuito não foi apenas “tecnologizar” os sistemas de saúde, mas modificar o modo de compreensão dos princípios que norteiam a concepção de saúde estabelecida constitucionalmente como uma questão plural. Ao analisarem o conceito de Humanização proposto pela PNH, as autoras verificam que a Humanização enquanto política é uma “prática discursiva e que, portanto, produz enunciações e subjetividades” (p. 464).

Com o fortalecimento da ciência, há uma tentativa de neutralização e uma necessidade de controlar o que humaniza o sujeito, isto é, os seus sentimentos, emoções e intuições, isto é, sua reprodução social (BERNARDES; GUARESCHI, 2007). Esse controle das populações faz-se necessário à medida que a urbanização traz novos problemas, tais como as epidemias e endemias. Como estratégia do biopoder, nasce então a biopolítica com o intuito de controlar as populações e seus modos de viver. Assim, são criadas as políticas públicas.

Apoiadas na teoria foucaultiana, as autoras asseveram que a PNH é uma micropolítica que, através dos modelos de atenção integral à saúde e a educação permanente em saúde, almeja produzir os corpos e os sujeitos do Sistema Único de Saúde. Defendem, também, que a ética deve ser uma ferramenta fundamental para a análise da PNH a fim de problematizar as ações coercitivas da política e de refletir naquilo que ela produz no momento em que se torna uma norma que regula as formas de viver e trabalhar na saúde.

A saúde torna-se uma forma de inclusão social. Buscar saúde, ter saúde, ser usuário, trabalhador, gestor do sistema de saúde produz e determina as formas de viver, os modos de acesso e trabalho na saúde. A inclusão segue um conjunto de regras que devem conformar comunidades, marcar os corpos, tornando a política de Humanização um agenciador de saúde e, ao mesmo tempo, de controle (BERNARDES; GUARESCHI, 2007, p.474).

Benevides e Passos (2006) também analisam a Humanização como dimensão das políticas de saúde a partir das suas experiências como coordenadores da PNH. Os autores demonstram que a problemática em torno do conceito e práticas nomeadas como “humanizadas” – especialmente no que concerne à banalização do tema e à fragmentação das práticas ligadas a diferentes programas de humanização da saúde – foi o que gerou a necessidade da criação da referida política.

A partir do conceito foucaultiano de biopoder, analisam que o projeto político da modernidade se constrói a partir de uma dupla focalização: “nos corpos individualizados, docilizados para seu melhor aproveitamento pelos aparelhos de produção e na população que se torna o alvo de práticas extensivas de controle”. Assim, como o conceito de humanidade é forjado neste processo de controle das massas realizado pelo Estado (BENEVIDES; PASSOS, 2006, p. 567).

Os autores averiguam que o próprio processo constituinte do SUS e da Política Nacional de Humanização é uma maneira de mostrar o paradoxo do funcionamento de uma máquina estatal dita republicana onde há uma tensão entre o que está dentro e o que está fora dela, isto é, no plano coletivo onde a política se consolida. Desta forma, apesar da Política Nacional de Humanização insistir na autonomia dos sujeitos que compõem o Sistema Único de Saúde, deve-se ressaltar que o interesse individual está diluído dentro de um conceito maior que é o de um coletivo, verdadeiro campo de intervenção do Estado de governo, nas palavras de Foucault (2007).

Por sua vez, Rios (2009) assevera que a Humanização se destaca por ter como essência a aliança das competências técnicas e tecnológicas com a competência ética e relacional. O autor defende que

a humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta,

ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho (RIOS, 2009, p. 255).

Reis, Marazina e Gallo (2004) defendem que, pelo fato da Humanização em saúde definir-se através do valor atribuído aos esforços dos sujeitos na produção da saúde, quando se contemplam a autonomia, o protagonismo, a co-responsabilidade e a vinculação das instâncias, põe-se em evidência a dimensão da subjetividade e da singularidade. O foco fundamental deixa de ser a entidade doença, para se investir na possibilidade de construção de saúde de um sujeito real, concreto, em que a doença é apenas parte da existência. De acordo com Gonçalves (2010), o redimensionamento causado pelo processo de Humanização no SUS coloca o sujeito como alvo de todas as práticas e o psicólogo tem grande papel nesse processo como responsável por uma transformação social nas práticas das Políticas Públicas por considerar a subjetividade dos usuários e profissionais em todo o processo.

Amarante (1996) aponta que a inversão provocada pelo redirecionamento de atenção em Saúde – que põe o sujeito em sofrimento como objetivo do trabalho e não mais a doença que o faz sofrer – faz com que a ênfase não seja mais colocada no processo de cura, mas na produção de saúde e de reprodução social do paciente. O autor utiliza a expressão “colocar a doença entre parênteses” como forma de fazer com que esse olhar sobre o paciente seja exclusivamente técnico ou clínico. Uma clínica de sujeitos concretos, imersos em um contexto social, onde a doença é apenas um aspecto de sua existência. Em referência a Franco Basaglia, “uma clínica que coloca a doença entre parênteses, não no sentido de ignorá-la, mas que considera, principalmente, o sujeito em sofrimento, seu território e suas relações sociais” (AMARANTE, 1996, p. 105). É justamente dessa clínica que a Reforma Psiquiátrica brasileira busca dar conta.

O processo de Humanização da rede incidiu inicialmente num setor mais específico que é o campo da Saúde Mental. Na dimensão das políticas sociais, conceitos e práticas de saúde estiveram por muito tempo vinculados a uma tradição biomédica, sendo o tratamento pautado por uma perspectiva majoritariamente epidemiológica (DHEIN, 2016). Destarte, na saúde coletiva, com a incorporação de novas áreas do conhecimento, e, por conseguinte, mudanças conceituais, há uma capilarização do poder (FOUCAULT, 2007) e as práticas que emanam dizem de uma articulação estratégica de várias disciplinas.

O modelo da Saúde Mental vai tomando forma no discurso da medicina desde que, em 1948, a recém fundada Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a promover um novo conceito de saúde que transcende as dimensões exclusivas do modelo de saúde bionaturalista. Nesse novo conceito, não se trata mais de se pensar a saúde como ausência de doença ou invalidez, mas de promoção de um estado de bem-estar completo, físico, mental e social (OMS, 1948). Uma das consequências imediatas dessa nova definição foi a substituição do conceito de “higiene mental” pelo de “saúde mental”, o que implicou uma mudança substancial de concepção, no rastilho que acompanhou a mudança geral do campo da saúde.

O novo conceito, estreitamente ligado à Declaração Universal dos Direitos Humanos, também nascida em 1948, permitia articular de forma estruturada as disciplinas pertencentes à Saúde Mental às ligadas à saúde física. Apesar das críticas que foram lançadas posteriormente à formulação por sua generalidade e imprecisão, o novo conceito se legitimou com relativa rapidez dentro do campo médico e da saúde pública (REIS, MARAZINA E GALLO, 2004).

Nesse momento, começavam a se gerir os princípios que antecipavam a proposta da Saúde Coletiva, que abriria espaço, a partir do segundo quarto do século XX, para o ingresso e contribuições decisivas das Ciências Humanas no campo da Saúde Pública, como aponta Birman (1991). Esta incorporação de múltiplos saberes não implicava necessariamente na ruptura com o saber psiquiátrico, mas o subordina a uma nova apreensão do que seja a problemática da Saúde Mental e do que seja o tratar.

O conceito de Saúde foi enriquecido pelos aportes das Ciências Humanas, particularmente na incidência de suas críticas ao discurso bionaturalista que condicionava então o caminho estreito pelo qual se concebia o conceito de Saúde. Este remanejamento de paradigmas possibilitou que, a partir daí, se passasse a considerar legitimamente o corpo não apenas como entidade natural, mas como “lugar atravessado por desejos e condicionado em seu funcionamento pela vida simbólica” (REIS, MARAZINA E GALLO, 2004). De acordo com os mesmos autores, concomitante a esse processo de legitimação, começa a emergir a categoria de “trabalhadores de saúde mental”, já que se fez necessária uma ampliação de categorias profissionais para tratar da saúde psíquica, que até esse momento era patrimônio quase exclusivo do médico, enfatizando prioritariamente a doença e não o sujeito. Já não se fala em trabalhar com a patologia, mas sim a favor do bem-estar.

O modelo que vai se constituindo sob a égide do conceito de Saúde Mental é um modelo que, embora tenha se organizado a partir da Psiquiatria, recebeu influências de várias outras disciplinas, com destaque para aquelas pertencentes ao campo das ciências humanas, tais como a Psicanálise, a Sociologia, a Antropologia e a Psicologia.

A valorização do conceito de Saúde Mental veio deslocar a ênfase dada ao discurso médico para uma atenção multidisciplinar, na qual os discursos de diversos saberes pudessem construir uma visão integrada do sujeito em sofrimento, possibilitando um deslizamento para um primeiro plano, a sua singularidade e sua subjetividade. Isto remonta às diretrizes gerais da Política Nacional de Humanização, que dão forte ênfase na transformação das relações interpessoais pelo aprofundamento da compreensão dos fenômenos no campo das subjetividades (RIOS, 2009).

No campo da Filosofia, humanização é um termo que tem suas raízes no Humanismo, corrente filosófica que reconhece o valor e a dignidade do homem, este a medida de todas as coisas, considerando sua natureza, limites, interesses e potenciais. O Humanismo busca compreender o homem e criar meios de se compreender uns aos outros (NORGARE, 1977).

As contribuições das Ciências Sociais para esse núcleo sofreram um deslocamento de ênfase que se fez sensível na década de 1990, quando estudos de cunho estruturalista, sobretudo os de orientação marxista, cederam lugar aos estudos de bases empírico-sociológica ou fenomenológica (ONOCKO-CAMPOS, 2012). De acordo com a autora, trata-se de trabalhos interpretativos, etnográficos e de representações que reivindicam a dignidade das questões dos sujeitos, em contraste com seu abandono nas análises de orientação estruturalista. Entretanto, esse deslocamento se limitou à abordagem do sujeito racional, seja ele histórico, social e/ou coletivo.

O aporte significativo da Psicanálise ao remanejamento dos paradigmas da Saúde, por sua vez, foi dado pelo conceito de singularização do acontecer psíquico. A partir do campo da Psicanálise, torna-se mais evidente que a questão sobre a qual se desenrola o embate não incide só sobre o indivíduo, mas sobre a singularidade do sujeito em sua dimensão psíquica (REIS; MARAZINA; GALLO, 2004). Enquanto a Psiquiatria procedia pelo estabelecimento da ordenação do mal-estar dentro dos grandes quadros psicopatológicos, a Psicanálise propunha uma abordagem singular do usuário, no sentido

de considerar a maneira própria pela qual os pacientes conseguiam organizar o seu sofrimento dentro de um sentido possível para eles.

Através da Psicanálise, a clínica do sujeito se refere a uma clínica voltada ao sujeito do inconsciente. Deste modo, se faz necessário discutir qual sujeito a que nos referimos quando o associamos ao termo “inconsciente” para entendermos as consequências disso para Saúde Coletiva.

Como apontam Val, Carvalho e Onocko-Campos (2015), primeiramente é preciso destacar que o sujeito do inconsciente concebido pela Psicanálise difere-se drasticamente do indivíduo ou do sujeito racional cartesiano.

Lacan (1957) subverte o cogito de Descartes, “penso, logo existo”, propondo “penso onde não sou, sou onde não penso”. Assim, ele adverte que o sujeito está presente justamente no lugar em que ele não pensa, esclarecendo que o sujeito não é o que resulta de uma elaboração de saber, que ele não se reduz à subjetividade, ou seja, ele não se reduz a tudo o que se pode pensar e que engloba a consciência de si, do mundo e da relação entre ambos (VAL; CARVALHO; ONOCKO-CAMPOS, 2015, p. 101).

Lacan (2008) situa o sujeito da Psicanálise em um intervalo, entre um significante e outro. Dito de outra forma, ele o situa na divisão entre o significante que o nomeia e o que lhe escapa, apontando, assim, para o espaço de atuação das pulsões, que buscam satisfação e que devem ser levadas em consideração na análise das escolhas humanas. O sujeito do inconsciente, portanto, “é o que advém, o que pode vir, quando ao *Isso fala*, na emergência de um ato falho, ou de um sonho, pode suceder um sujeito implicado até o preço de seu desejo, um sujeito que pode vir a se responsabilizar pelo descentramento que o significante provocou” (COSTA-MOURA, 2006).

Para a Psicanálise, quando se fala em sujeito não há uma separação entre a dimensão subjetiva e a dimensão social. Como Freud (2013, p. 81) aponta, a psicologia individual é, ao mesmo tempo, psicologia social, já que “as relações de um indivíduo com os pais, com os irmãos, como objeto de seu amor e com o seu médico, na realidade, todas as relações que até o presente constituíram o principal tema da pesquisa psicanalítica, podem reivindicar serem consideradas como fenômenos sociais”.

Um segundo ponto que merece atenção é a disjunção entre inconsciente e responsabilidade. Val, Carvalho e Onocko-Campos (2015) destacam que é comum que se depreenda da obra freudiana a ideia de que o inconsciente é constituído por traços traumáticos de uma história passada que se inscreveram na memória. Esta leitura

possibilita uma aproximação entre a metapsicologia freudiana do empirismo científico, uma vez que ambas podem sugerir uma visão determinista do sujeito. Isto é, o sujeito deixa de ser responsável por suas ações, uma vez que é determinado por algo que já está inscrito em seu inconsciente, da mesma maneira como ocorre quando se busca explicar, a partir de pressupostos biológicos cientificamente reconhecidos, os acontecimentos da vida.

Lacan, em seu retorno à construção teórica de Freud, destaca que a história do sujeito é uma reinscrição que se reatualiza no presente, e não uma mera determinação da memória de um passado (FORBES, 2012). O inconsciente freudiano é inconsistente, fugidivo e jamais poderá ser apreendido por completo. É essa concepção que Freud (1937) destaca em seu texto *Análise terminável e interminável*, ao afirmar que é impossível que o analisante se livre por completo de uma exigência pulsional, ficando sempre um resto no final de uma análise. Trata-se de algo indizível que convoca o sujeito a um posicionamento. Para Lacan, a Psicanálise visa a responsabilidade com relação a esse ponto de não saber.

Ao defender a relevância das contribuições dos conceitos psicanalíticos para os campos teórico e prático da Saúde Coletiva, Onocko-Campos (2012) questiona o senso comum de que a Psicanálise seja uma atividade que pressupõe um trabalho restrito aos consultórios particulares destinados às classes mais favorecidas, enquanto a Saúde Coletiva seria uma atividade que pressupõe intervenções no exterior, na sociedade, no que é coletivo. A autora ressalta que não há “um sujeito do inconsciente possível de se desenvolver em uma cápsula hermeticamente isolada do seu meio cultural e social” (p. 13). No mesmo sentido, Miller (2006) acrescenta que o sujeito não se confunde com o indivíduo, pois o sujeito é também sujeito do coletivo, da civilização. Assim, “não há clínica do sujeito sem clínica da civilização” (p. 21), cabendo ao analista conhecer como determinada época vive a pulsão através da convivência e atuação no espaço político e social.

Para o campo da saúde, entender o sujeito do inconsciente como aquele que escapa à razão, sendo, ainda assim, responsável por suas ações, pode trazer importantes implicações. O próprio tensionamento entre as práticas de saúde e as elaborações da Psicanálise abrem espaço para o estabelecimento de outras lógicas e diálogos, apontando para outros direcionamentos operacionais que se sustentam através de uma ética que não impõe normas ou valores. Partir do pressuposto que os atores da saúde, sejam eles



profissionais ou pacientes, são sujeitos do inconsciente que buscam satisfações pulsionais pode mudar a gestão das equipes de saúde e as relações destas com os pacientes (ONOCKO-CAMPOS, 2012).

Para que o SUS possa sustentar um espaço verdadeiramente democrático, essas intersecções podem servir como espécie de estratégia, uma vez que o processo de mudança nas concepções e práticas de saúde se dá na medida em que ocorre a aproximação de campos teóricos e práticas diversificadas, permitindo o questionamento de certo paradigma hegemônico. A Clínica Ampliada pode servir de exemplo vivo disso e também como ponto de reflexão, pois é um conceito que emerge em meio às novas ferramentas de democratização possíveis entre os serviços de saúde e que englobam a participação de diversas áreas e atores do conhecimento em sua construção.

Embora a Clínica Ampliada e a clínica do sujeito estejam em consonância – uma vez que abrem possibilidades para novas elaborações sobre a prática clínica em Saúde Mental –, é necessário salientar que elas também possuem seus pontos de divergência de saberes e tendências colocados em prática na efetivação de um tratamento aos usuários da rede pública.

Num primeiro momento, a Psicanálise colocava-se como alheia às instituições, ou seja, os psicanalistas não exerciam sua prática junto aos demais profissionais, mas se situavam como referência idealizada de saber, se engajando posteriormente na prática cotidiana dos serviços. Contudo, dentro da própria Psicanálise houve um movimento que considera que clinicar fora da circunscrição do consultório particular não se constitui como a prática da clínica psicanalítica estrita (BEZERRA, 2008).

Foi a partir da década de 1970, a participação da Psicanálise nos movimentos políticos e sociais do Brasil tornou-se mais notável. Na própria Saúde Coletiva, muitas das elaborações do campo psicanalítico estiveram na base do movimento de questionamento do tratamento da loucura. Do mesmo modo, Bezerra (2008) refere que a abertura da clínica iniciada pelo processo de Reforma Psiquiátrica em todo o mundo possibilitou o avanço da própria clínica psicanalítica. Desde então, a Psicanálise passou a orientar o trabalho de alguns serviços e profissionais que atuam na rede pública de saúde, em instituições judiciárias e organizações não governamentais. Nessas experiências, o coletivo e o singular coexistem, permitindo soluções inéditas, reintroduzindo, por vezes, a possibilidade do laço social (VAL; CARVALHO; CAMPOS,

2015), isto é, a possibilidade de vínculo, seja este com a família, com as instituições, com o cuidador, com o trabalho, entre outros.

De acordo com Dhein (2016), as primeiras referências à clínica ampliada, que aparecem no final da década de 1980, estão muito mais vinculadas a uma discussão de trabalho em equipe (multidisciplinaridade e transdisciplinaridade) e ao conceito de saúde presente na nova Constituição, isto é, um olhar biopsicossocial ao usuário em atendimento. Contudo, a clínica adjetivada por ampliada tem como objeto de intervenção não se restringir à doença, mas que compreende o sujeito que encarna a doença, considerando os riscos e vulnerabilidades em jogo em seu organismo, bem como aqueles referentes ao seu contexto social e também dependentes de sua condição psíquica. Deste modo, nenhuma especialidade comparece enquanto capaz de realizar uma abordagem integral do sujeito.

Onocko e Campos (2006) defendem que esta valorização do sujeito e de sua singularidade altera radicalmente o campo do conhecimento e das práticas em saúde coletiva e na clínica pois este redirecionamento inclui a autonomia como um dos objetivos centrais da política, da gestão de trabalho em saúde. Além do objeto, há uma reordenação do seu objetivo, uma vez que não se limita somente à produção de saúde – seja esta curativa, preventiva, reabilitadora ou paliativa –, mas contribui para o aumento do grau de autonomia dos usuários (CAMPOS; AMARAL, 2007). Cabe ressaltar que este conceito de autonomia deve ser aqui concebido como relativo e não absoluto, mas sendo a capacidade do sujeito de refletir e intervir sobre si mesmo e sobre o meio que o circunda. Isto é, analisar o modo como pratica o autocuidado e como se relaciona com sua rede de dependências (CAMPOS; ONOCKO-CAMPOS, 2006; CAMPOS; AMARAL, 2007).

A partir da leitura de Haeser, Büchele e Brzozowski (2012), entende-se que a autonomia é uma característica das sociedades democráticas marcadas pelo “direito a diversidade, livre expressão, liberdade de comportamentos de indivíduos e grupos, desde que respeitados os limites de terceiros” (p. 613). Em uma democracia, a autonomia é, portanto, relativa. A necessidade natural de socialização do homem faz com que ele se torne dependente das relações sociais, fazendo com que sua possibilidade de autonomia seja sempre em relação aos outros ou ao coletivo. As regras postas para o processo civilizatório, como as leis, enquadram e limitam a autonomia de cada um. Numa sociedade, os diferentes grupos sociais gozam de diferentes graus de autonomia, o que

demonstra a dimensão política da autonomia, uma vez que ela é uma consequência das relações de poder (CAMPOS; CAMPOS, 2008).

Embora esta construção da autonomia seja intermediada pelo profissional, ela também depende de um extenso conjunto de fatores, do próprio sujeito ou coletividade. Por este motivo refere-se sempre à co-produção de autonomia, co-constituição de capacidades ou co-produção do processo de saúde/doença (CAMPOS; ONOCKO, 2016). O sujeito é sempre co-responsável por sua própria constituição e pela constituição do mundo que o cerca. Esta depende de condições externas ao sujeito, ainda que ele tenha participado da criação destas circunstâncias – depende de leis, da economia, das políticas públicas, de valores e da cultura em que está imerso. Campos e Onocko (2006) reiteram que o sujeito se torna autônomo à medida em que conhece, usufrui, reflete e age sobre sua rede de dependência, defendendo que

a co-produção de maiores coeficientes de autonomia depende do acesso dos sujeitos à informação, e mais do que isto depende de sua capacidade de utilizar este conhecimento em exercício crítico de interpretação. O sujeito autônomo é o sujeito do conhecimento e da reflexão. Reflexão sobre si mesmo e sobre o mundo. Mas a autonomia depende também da capacidade do sujeito de agir sobre o mundo, de interferir sobre sua rede de dependências. Sujeito da reflexão e da ação. Neste ponto entra o tema do poder, a capacidade do sujeito lidar com o sistema de poder, de operar com conflitos e de estabelecer compromissos e contratos com outros sujeitos para criar bem-estar e contexto mais democráticos (p. 3).

Deste modo, autonomia poderia ser traduzida, segundo esta concepção, em um processo de co-constituição de uma maior capacidade dos sujeitos compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos. Isto é, a autonomia pode servir de coeficiente das relações com o sujeito estabelece com seu meio, ou, como define Kinoshita (1996), refere-se à pluralidade de vínculos que se é capaz de estabelecer – quanto mais vínculos e redes de relações uma pessoa constrói, mais autônoma ela se torna.

Numa perspectiva do trabalho em saúde coletiva, autonomia se torna um conceito premente pois refere-se, por fim, como a capacidade dos usuários, das famílias e das comunidades de cuidarem de si mesmos, lidando com suas próprias dependências e com situações que a eles se apresentam. Portanto, uma importante ferramenta tanto na formação de sujeitos ativos e responsáveis, quanto para propor lugares alternativos aos da passividade e inércia presentes no processo de adoecimento e cura.

Sujeitos autônomos teriam capacidades mais ampliadas de lidar com relações de dependência e mais repertório para lidar com seus conflitos de forma positiva para si e para o coletivo, ao mesmo tempo, se há uma dimensão produtora de autonomia para a clínica, é aquela em que, por meio do vínculo, pode-se desenhar um campo de propostas terapêuticas que recolocam o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida (CAMPOS, 2000; CAMPOS; ONOCKO, 2006). De acordo com Campos e Amaral (2007), a construção de autonomia e de autocuidado somente será alcançada

[...] caso se pratique uma clínica compartilhada, alterando-se radicalmente a postura tradicional que tende a transformar o paciente em um objeto inerte, ou em uma criança que deveria acatar, de maneira acrítica e sem restrições, todas as prescrições e diretrizes disciplinares da equipe de saúde (p. 580).

Como defendem os autores, a clínica enquanto compartilhada implica numa modificação da relação entre profissional e usuário, já que ambos se tornam corresponsáveis pelo processo de produção de saúde. Essa concepção de trabalho em saúde impõe um rearranjo na dinâmica do poder na relação profissional-usuário, modificando os papéis desempenhados por cada termo dessa relação (DE PAULA, 2016).

Para que essa prática se torne possível, o estabelecimento de uma relação dialógica entre os sujeitos envolvidos é imprescindível, quando, por exemplo, os contratos terapêuticos são debatidos e negociados em conjunto, construindo, dessa forma, objetivos comuns e definindo responsabilidades entre as partes. Além do diálogo, essa prática pode ser fundamentada no acolhimento, no vínculo, na corresponsabilidade amparados pela escuta qualificada.

As estratégias implicadas neste ato de estabelecimento das relações intersubjetivas na efetuação dos cuidados em saúde são consideradas “tecnologias leves”. Por definição, as tecnologias leves compreendem aquelas nas quais profissionais de saúde estão mais imediatamente colocados perante o outro da relação terapêutica, ou seja, relações interpessoais, como a produção de vínculos, autonomização, acolhimento e escuta (AYRES, 2005), elementos tão caros ao fazer de profissionais *psi*.

De acordo com Jorge *et al* (2011), na prática cotidiana dos serviços de saúde deve-se priorizar a tecnologia leve como instrumento para atingir a integralidade e a humanização do cuidado. Isto porque a integralidade está presente no encontro, na relação estabelecida, na atitude do profissional que busca de maneira prudente reconhecer as necessidades dos usuários no que concerne à sua saúde, para além das demandas explícitas. Ainda como destaca Ayres (2005), a organização das práticas de saúde e das

relações terapêuticas na produção do cuidado com base nessas tecnologias leves possibilita a forma efetiva e criativa de manifestação da subjetividade do outro, a partir dos dispositivos contidos nessa organização da assistência à saúde.

A partir disso, é possível instaurar um processo de cogestão da clínica, diminuindo o abismo existente na relação entre usuários e profissionais, produzindo atos terapêuticos menos mecanicistas e protocolares, além de interferir diretamente na resolutividade das ações clínicas, devido à adesão e implicação dos usuários em seu próprio tratamento. Jorge *et al* (2011) sugerem que

ao potencializar a relação entre sujeitos, a ênfase no processo relacional incorpora estratégias de aproximação e efetivação de uma prática resolutiva e voltada para o modo de vida de cada usuário. No processo de escuta e acolhimento, o que se desvela é um ato de interpretação mútua entre o que o serviço pode oferecer e o que usuário deseja em sua vida cotidiana. A ação integral ainda é fortalecida pela multiplicidade de visões sobre cada situação no CAPS, já que cada trabalhador absorve e dispõe de saberes e práticas diferenciadas para o trabalho em saúde mental (p. 3055).

Esta relação terapêutica, entretanto, também é constituída por dor, sofrimento, vivências e percepções de vida em que os saberes e práticas no campo da Saúde Mental precisam estabelecer mecanismos para tornar evidente os elementos assistenciais, subjetivos e sociais. A leitura de Da Gama Leme *et al* (2009) permite a compreensão de que estas vicissitudes do trabalho em Saúde Mental estão relacionadas tanto à necessidade de aprimoramento da comunicação e dinâmica da equipe de trabalho dos dispositivos de Saúde Mental, como também de espaços de cuidado para os profissionais que atuam na área. Os mesmos autores admitem que, ao mesmo tempo que permitem o desenvolvimento pessoal e psicossocial, estas relações também podem provocar um sofrimento psíquico.

Assim como mudanças estruturais nos dispositivos de saúde não garantem uma nova lógica de atenção aos usuários da RAPS, os benefícios conferidos pelo Estado não garantem que a lógica de seu lugar no mundo não seja a da exclusão. Deste modo, se faz pertinente a valorização das tecnologias leves ou relacionais pelos sujeitos componentes da prática nos serviços de Saúde Mental, aliada à perspectiva emancipatória de operar o cuidado conforme os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e da Atenção Psicossocial. Bezerra (2008) chama atenção para o fato de que em muitos serviços, a negligência da escuta da questão singular do sujeito, generaliza e eterniza a relação do usuário com o Estado em sua condição “especial”.

Diante desta demanda e implicado no processo ético, teórico e metodológico do cuidado em saúde, o prof. Dr. Gastão W. S. Campos, vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) foi um dos teóricos que começou a introduzir as primeiras formulações daquilo que se entende hoje por clínica ampliada e compartilhada. Através da coordenação do Coletivo de Estudos e Apoio Paidéia, criou um meio para experimentações empíricas e construções teóricas acerca dessa noção de trabalho interdisciplinar em saúde.

Como exemplo, no documento *Clínica Ampliada e Compartilhada* (BRASIL, 2009), refere-se a um sujeito complexo, o qual utiliza os serviços de saúde, busca participação, autonomia e adesão ao seu projeto terapêutico, cujos profissionais responsáveis devem dialogar diretamente com esse sujeito, considerando toda sua complexidade.

Produção de sujeitos e produção de subjetividade são conceitos que, de modo geral, são atrelados à Psicologia em suas diversas vertentes. Como exemplo, podemos pensar a própria questão da mudança de uma concepção de indivíduo/pessoa para uma concepção de usuário/sujeito, que remete à uma discussão muito comum na Psicologia. Como afirma Canguilhem (1972), “o declínio da física aristotélica, no século XVII, marca o fim da Psicologia como para-física, como ciência de um objeto natural, e correlativamente, o nascimento da Psicologia como ciência da subjetividade” (p. 104).

Visando dar visibilidade à dimensão de produção subjetiva do trabalho do psicólogo, Nascimento, Manzine e Bocco (2006) apontam que “o fazer da Psicologia não apenas acolhe sujeitos e formas de ser, mas também produz subjetividades, reforçando ou questionando, favorecendo ou constringendo, em uma constante interferência com o plano político” (p. 18). Neste caso, a busca pela produção de um sujeito/usuário cidadão e autônomo, onde os pressupostos da cientificidade psicológica possam auxiliar na produção deste sujeito, através de uma clínica focada na produção de saúde.

A subjetivação é, assim, o nome que se pode dar aos efeitos da composição e da recomposição de forças, práticas e relações que tentam transformar – ou operam para transformar – o ser humano em variadas formas de sujeito, em seres capazes de tornar a si próprios como os sujeitos de suas próprias práticas e das práticas de outros sobre eles (ROSE, 2001, p. 143).

Bernardes e Guareschi (2006) afirmam que o indivíduo está sempre descentrado e sujeito a repassar em sua fala a voz do poder que se dilui nas práticas das instituições das quais toma parte. No âmbito dos espaços de saúde coletiva não poderia ser diferente, pois, como o próprio nome sugere, ele é “coletivo” e é o bem da coletividade que deve ser perseguido. Os espaços de saúde coletivos são, por conseguinte, o espaço da alteridade e do encontro com o outro, isto é, um espaço de negociações de vontades e desejos individuais. Dentro da política de Humanização, é esperado que instituições e dispositivos de saúde sejam transformados em espaços de socialização, acolhimento e trocas de experiências.

O caráter contra-hegemônico da clínica ampliada está relacionado às alterações nos mecanismos e nas ressignificações do sentido da produção de saúde, uma vez que combatem a dominação e o controle através da defesa do sujeito e de princípios universalistas de liberdade e igualdade. Como defendem Luchmann e Rodrigues (2006), produzir não significa mais um processo voltado para a produção e circulação de mercadorias, mas, fundamentalmente o controle de sistemas simbólicos, da produção das informações, dos sentidos e das relações sociais. É através desse ponto que as diretrizes da clínica ampliada se entrecruzam com os ideais da Luta Antimanicomial.

O que está em jogo, portanto, é a reapropriação do sujeito; do sentido e da motivação humana; reapropriação da capacidade de forjar sua própria identidade, capacidade esta historicamente amputada pelos processos de manipulação e controle dos aparatos de gestão dos sistemas complexos. Esse controle se dramatiza no que diz respeito aos códigos e sentidos dominantes acerca do louco e da loucura e de sua “administração” institucional (LUCHMANN; RODRIGUES, 2006, p. 401).

Observando através do prisma da autonomia e da corresponsabilidade, a prática dos psicólogos está comprometida com as condições de vida da população brasileira, uma vez que também está engajada com a produção de saúde que implique a produção de sujeitos autônomos e corresponsáveis por suas vidas (BENEVIDES, 2005). Assim como as outras áreas do conhecimento, a Psicologia não explica nada sozinha, afinal a invenção só se dá na intercessão de outros saberes, ou seja, é no entrecruzamento desses princípios que a contribuição da Psicologia dentro do SUS pode ocorrer. Portanto, é fundamental que a visão dicotomizada entre o individual e o social e seus desdobramentos – a clínica e a saúde coletiva, o cuidado com a saúde de cada um e o cuidado com a saúde das populações, atenção e gestão – se dissipe através de novos saberes e práticas comprometidos com a transversalidade dos campos de conhecimento.

Além da valorização do aspecto subjetivo presente nas práticas em Saúde, o papel do psicólogo na PNH contribui ainda para um ambiente de trabalho mais saudável, com vistas a um serviço de qualidade e que seja funcional tanto para o público-alvo, quanto para os trabalhadores, algo que não devia se restringir a serviços de saúde. Estes aspectos da clínica ampliada acabam por evidenciar, também, o quanto seus eixos fundamentais estão atrelados a conceitos e práticas da Psicologia. Depreende-se, assim, que a ampliação da clínica se dá com e através da Psicologia.

Na perspectiva do redirecionamento do modelo assistencial, profissionais psicólogos e todos que compõem as equipes multiprofissionais devem reorientar e questionar seu modo de intervir – como e quando medicar; como encaminhar para determinado atendimento especializado; como incluir outros profissionais no cuidado compartilhado; como proceder no acompanhamento de cada caso; como incluir diferentes ações entre visitas domiciliares, acompanhamento terapêutico e outras modalidades de continuidade do cuidado; como instruir e acolher os familiares etc.

Compartilhar as ações de trabalho também implica em assumir riscos, sendo o maior destes, por um lado, criar protocolos de procedimentos enrijecidos visando à objetivação do trabalho. Por outro lado, há uma maior fluidez nos tópicos a serem discutidos em reuniões de equipe sem que se chegue a um consenso ou se tome a responsabilidade sobre o caso ou determinada situação que requer uma resposta imediata. A tomada de decisão pode ser, por si só, o maior desafio (FIGUEIREDO, 2005).



#### **4 DA GESTÃO A COGESTÃO**

Nos últimos anos, o SUS sofreu grandes mudanças e provocou impactos diversos na qualidade de vida do brasileiro. Os principais avanços e conquistas da rede pública de saúde se destacam principalmente pela abrangência sobre todo o território nacional, para as inovações na organização e oferta das práticas de saúde e para a produção de cidadania e saúde. Estes impactos também podem ser relacionados às mudanças nas metodologias de gestão construídas ao longo dos anos, que ampliaram o acesso da população ao conjunto dos serviços de saúde e desta maneira demandaram novos diálogos entre os trabalhadores, entre os trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração.

Contudo, por se tratar de um processo incompleto, isto é, uma reforma em constante movimento e transformação, alguns debates se fazem pertinentes acerca das formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho, que definem os modos de se produzir saúde. Duas destas questões que se impõem enquanto desafio referem-se à ampliação do acesso com qualidade aos serviços e aos bens de saúde e do processo de coresponsabilização entre trabalhadores, gestores e usuários nos processos de gerir e de cuidar.

Em vista da superação dos modelos de gestão centralizados e verticais, que fragilizam as relações gestor-usuário e minimizam a dimensão subjetiva – tão fundamental num trabalho em saúde –, o Ministério da Saúde desenvolveu uma série de estratégias que possibilitam avanços rumo a uma política pública de saúde que visa à integralidade, universalidade e equidade, como exemplo da clínica ampliada. Os primeiros documentos do Ministério da Saúde que incorporam novas tecnologias aos modelos de gestão do SUS datam no ano de 2003, com as mudanças de governo a nível federal. A elaboração da Política Nacional de Humanização (PNH) e a criação do Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) inseriram os modos de fazer Apoio Institucional e Apoio Matricial com o objetivo de reacender a dimensão pública da política de saúde no SUS, intensificando a articulação entre atenção e gestão (GUERINI, 2015).

Um segundo avanço em direção à consolidação às funções de Apoio pelo Ministério da Saúde teve início no ano de 2011, com a construção do documento

intitulado “Diretrizes do Apoio Integrado para a qualificação da gestão e da atenção no SUS”, que ressalta a relevância dessa estratégia a caminho do fortalecimento da gestão da rede, com vistas a ampliar o acesso e aumentar a qualidade dos serviços de saúde (BRASIL, 2011).

Estas estratégias estão alinhadas à Política Nacional de Humanização (PNH), cuja implementação pressupõe vários eixos de ação – a saber: eixo das instituições, eixo da gestão de trabalho, eixo do financiamento, eixo da atenção, eixo da educação permanente em saúde, eixo de informação e comunicação, eixo da gestão da PNH – e que objetivam a institucionalização, difusão dessa estratégia e, principalmente, a apropriação de seus resultados pela sociedade (BRASIL, 2004b). Neste capítulo, pretende-se discutir dois destes eixos – atenção (clínica) e gestão (política), entendendo estas duas instâncias como cruciais no desafio de qualificar a assistência e transformar as práticas para, efetivamente, mudar o prognóstico e a qualidade de vida da população.

No nível da atenção, as propostas visam uma política incentivadora de ações integrais, que inovem nos processos de trabalho e busquem o compartilhamento dos cuidados resultando no aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos. No que se refere ao eixo da gestão de trabalho, propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os servidores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional (BRASIL, 2004b).

Cabe observar que ambos os eixos de atenção e gestão se entrelaçam e se constituem em sua própria articulação. De modo análogo, os níveis supõem o engajamento dos usuários e trabalhadores na produção de saúde e também compartilham do mesmo desafio, que reside na sua própria inseparabilidade em ato, ou seja, fazer clínica e política no cotidiano da produção do cuidado em saúde. De acordo com Campos (2000), é preciso retomar a clínica como objeto de análise da Saúde Coletiva, mas para reformulá-la e ampliá-la. É preciso também recolocar a categoria sujeito para pensar a inter-relação entre as equipes de saúde e os usuários, e resgatar sua capacidade de lidar com a teia de elementos que atuam no processo de produção da saúde.

Como discutido no capítulo anterior, as contribuições das ciências humanas foram cruciais para compreender as práticas clínicas e de gestão como práticas inter-relacionais, como encontro de subjetividades, que operam nas dimensões de poder e afeto que delas

decorrem, ampliando-se, por conseguinte, o diálogo interdisciplinar no campo da saúde. Contudo, tais referenciais teóricos ainda aparecem de modo incipiente na formação teórico-prática dos profissionais da rede pública de saúde, incluindo os profissionais psicólogos. Segundo a análise de Figueiredo (2012), existe uma dificuldade de apropriação desse arcabouço teórico-prático para a compreensão dos afetos, valores e da maneira como os sujeitos se inserem no mundo, e para “o apoio à construção de outras formas de lidar com a saúde, diferentes das já estabelecidas, para que os sujeitos possam buscar novas bases para pensar, sentir e agir sobre a própria vida” (p. 39).

Em meios às complexidades do mundo contemporâneo e toda sua influência sobre os modos de subjetivação – marcados pela regulação e normatização do desejo e por uma produção contínua de necessidades que operam como material de combustão para o sistema capitalista –, persiste uma visão mais esperançosa da capacidade humana de resistir e criar novas formas para viver, bem como da possibilidade de uma globalização solidária (SANTOS, 2002).

Contudo, o modelo biomédico e o imperativo técnico-científico, colocados como esse saber superior e formulador das verdades sobre a saúde, ensinam-nos a menosprezar os saberes oriundos da experiência pessoal e cultural para interpretação e manejo do adoecimento e sofrimento; a buscar na causa biológica e no tratamento medicamentoso/cirúrgico a solução de todos os males; e a esperar do especialista e dos exames complementares a elucidação e a cura (FIGUEIREDO, 2012). Esses processos culminam no fenômeno conhecido por medicalização social, cujos efeitos severos acometem toda uma população, destacando-se entre eles:

o declínio da capacidade das pessoas de lidarem de forma autônoma com seus adoecimentos e dores cotidianas; a desagregação das relações que entrelaçam o homem à sua doença e sofrimento; e uma crescente e infundável demanda por atenção médica para todos os tipos de problemas, gerando dependência excessiva, alienação e outras iatrogenias (FIGUEIREDO, 2012, p. 47).

Pensando numa perspectiva de produção de saúde, a medicalização pode se tornar um inibidor deste protagonismo, uma vez que as tecnologias biomédicas são limitadas para resolver esses tipos de demandas. Todo esse cenário nos convoca a levantar questionamentos sobre a clínica e sua relação com a gestão do trabalho em saúde e a produção subjetiva de profissionais e usuários. Se concebermos a saúde como capacidade de instaurar normatividades, como “uma maneira de abordar a existência com uma sensação não apenas de possuidor ou portador mas também, se necessário, de criador de

valor, de instaurador de normas vitais” (CANGUILHEM, 1978, p. 163), então o sentido da clínica também está na possibilidade de apoiar os sujeitos para inventar estratégias de sobrevivência e lidar com suas limitações, produzindo mais autonomia e liberdade, do que controle e dominação.

De acordo com Passos e Barros (2000), a clínica acontece sempre numa complexa interação entre sujeitos – um profissional e um usuário, uma equipe e um usuário, uma equipe e um coletivo – que estão permanentemente lidando com forças instituídas, mas que também podem construir novas possibilidades. Destaca-se aí a dimensão política da clínica, aqui apontada pelos autores:

[...] a clínica está comprometida com este plano de produção ou de individuação sempre coletivo e que é indissociável do domínio da realidade individuada. Assumir a dimensão política da clínica é apostar na força de intervenção sobre a realidade efetuada apostando nos processos de produção de si e do mundo (PASSOS; BARROS, 2000, p. 91).

Ao refletir sobre a participação da Psicologia na esfera pública, Benevides (2005) também destaca a importância da indissociabilidade entre clínica e política. A autora concorda com Passos e Barros (2000) ao asseverar que definir a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos uma experiência de análise crítica das formas instituídas, o que nos compromete politicamente. E esse aspecto se relaciona com o princípio de inseparabilidade do SUS, uma vez que os processos de subjetivação se dão num plano coletivo, plano público.

Cunha (2005) defende que a saúde é co-produzida e a relação clínica se dá no encontro entre sujeitos co-produzidos. Isso significa suspender a preponderância de qualquer elemento determinante *a priori*, seja esta a existência de uma patologia, ou da desigualdade social, étnica ou de gênero, ou um determinante genético. O conceito de co-produção permite olhar para o modo como o sujeito singular, seja o paciente ou o profissional, lida com seus determinantes universais e particulares.

Nas práticas de saúde individuais e coletivas, é necessário redimensionar os paradigmas biomédicos tradicionais, pois eles restringem a capacidade dos profissionais analisarem e intervirem na complexidade dos problemas de saúde. Como exemplo deste impasse causado pela limitação do modelo biomédico, podemos pensar na epidemia de Aids do início dos anos 80. A identificação do vírus e a produção de medicamentos antirretrovirais foram condições importantes, mas não suficientes para controlar a doença.

Tampouco campanhas educativas voltadas para grupos de risco a partir de critérios biológicos da transmissão do vírus tiveram sucesso (MASSUDA, 2010). Para aumentar a adesão dos pacientes ao tratamento, foi preciso investir na singularização da abordagem terapêutica (FIGUEIREDO, 2012), reconhecendo os aspectos sociais e subjetivos da realidade de cada paciente. Onocko-Campos *et al* (2008) defendem que uma clínica que se ocupe não somente da doença, mas do sujeito em sua existência, seria capaz de conseguir maior eficácia terapêutica, isto é, curar e reabilitar mais e melhor.

Diante as evidências da eficácia dessa nova abordagem centrada no sujeito, cabe questionar o que leva então as equipes de saúde a adotarem antigas práticas de cuidado. Campos (2013) aponta que muitas das dificuldades que levam os profissionais a reproduzirem procedimentos – em vez de engajarem-se no processo de produção de saúde – são expressão de uma herança do modo de produção taylorista, que ainda se perpetua nos dias atuais. À esta herança, remontam algumas problemáticas como a reprodução de formas burocratizadas de trabalho, a fragmentação do processo de trabalho e a hierarquização entre os diferentes profissionais.

Apesar dos avanços, a Reforma Sanitária brasileira ainda se defronta com antigos desafios que impactam no cotidiano do SUS – desde o predomínio do velho modelo de gestão pública, o subfinanciamento, a precarização do trabalho até as soluções que ignoram os determinantes estruturais das necessidades de saúde (BRASIL, 2004b). Acrescenta-se às estas problemáticas o que Campos (2013) chamou de racionalidade gerencial hegemônica, um modelo de gestão onde os processos de trabalho devem ser desempenhados por um restrito comitê gestor que ocupa o topo da hierarquia institucional, enquanto apenas a execução do trabalho cabe aos demais trabalhadores (p. 7). De acordo com o mesmo autor,

esta produz sistemas de direção que se alicerçam no aprisionamento da vontade e na expropriação das possibilidades de governar da maioria. Estes sistemas, mais do que comprar a força de trabalho, exigem que os trabalhadores renunciem a desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e objeto de trabalho, alheios (estranhos) a eles (CAMPOS, 2000, p. 5).

De acordo com o mesmo autor, essa separação entre aqueles que gerem e os que executam o trabalho revela um distanciamento forjado no campo da Administração Científica clássica entre um suposto sujeito do conhecimento e um suposto objeto a ser conhecido e manipulado. Em vista disso, a racionalidade gerencial hegemônica introduziu nas organizações modernas um modo de funcionamento que produz desvalorização dos

diferentes saberes, baixa participação dos trabalhadores na gestão dos processos de trabalho, centralização do poder de decisão, hierarquização, autoritarismo, comando e controle, semelhante ao que ocorre no exército, nas ordens religiosas e nas mais diversas instituições disciplinares (CAMPOS, 2000).

Campos e cols. (2014) concebem o trabalho em saúde como uma práxis, no sentido de ser um trabalho muito próximo do que fazem os artesãos, que, ao tecerem e moldarem suas artes, constroem peças de um modo particular e singular, apesar de guardarem em si uma mesma essência. Righi (2014) acrescenta que a possibilidade de mecanizar, de automatizar, padronizar, protocolizar o trabalho em saúde é baixa porque a ação clínica, a ação terapêutica, a ação de reabilitação, a ação de promoção tem uma relação diferente com a técnica, uma relação diferente com o padrão. Do mesmo modo que os artesãos, há necessidade do profissional de saúde ter se apropriado de técnicas e competências, mas em situação, em ato, há sempre a necessidade de criação de algo que vá além, algo diferente da técnica, do protocolo e isso se deve a complexidade do processo saúde-doença.

Merhy e Feuerwerker (2010), por sua vez, concordam que o trabalho em saúde, no ato, diz de uma prática que não pode se restringir às burocratizações cotidianas, nem deixar-se enrijecer por protocolos e padrões automatizados, de modo a ser construída a partir de cada situação, abrindo espaço para que novos arranjos e modos de cuidados emergjam diante da singularidade de cada momento.

Atualmente, é impossível pensar em cuidados em Saúde Mental através de práticas engessadas e absolutas. Repensar, criticar e questionar modos de cuidado em saúde é tão necessário quando a própria atualização das demandas em relação ao contexto social-político-histórico em que se insere. Segundo a leitura de Merhy e Feuerwerker (2010), a condição necessária para que seja possível pensar em mudanças no cotidiano dos serviços, é a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho. Neste sentido, o olhar do outro é o que muitas vezes leva os trabalhadores a colocar em análise o modo como estão operando, o que faz do trabalho coletivo algo de muita importância nesse processo. Deste modo, afirmam os autores, os problemas e conceitos que antes pareciam imutáveis, passam “a ser transformáveis, revelando a potência de cada um dos atores na medida de sua participação no coletivo” (p. 12).

Romagnoli (2006) assevera que, em detrimento das capturas que o capitalismo realiza em termos de subjetividade, no sentido de alienar, serializar e normatizar os modos de existência humana, há também em nosso cotidiano, uma dimensão que comporta uma importante potência de vida, e que pode agregar grande valor para a invenção de novos modos de vidas que fujam às tão famigeradas capturas da vida moderna. É nesse sentido que Campos (2013) propõe um método que visa justamente descentralizar e democratizar a gestão dos processos de trabalho no SUS. Esta estratégia metodológica intencionava ampliar a capacidade de direção e de governo dos sujeitos para aumentar suas capacidades de análise e de intervenção sobre a realidade, relegando as funções de gestão dos serviços de saúde não só para os que estão no topo da hierarquia institucional, mas para todos os trabalhadores envolvidos nos processos de produção de saúde.

A este método, o autor referido deu o nome de Apoio Paideia (ou Método da Roda), inspirado na Ágora ateniense e visa construir espaços de compartilhamento que possam alterar as relações de poder ao incluir noções de cidadania e democracia. O termo Paideia é de origem grega e designa um dos três componentes essenciais da democracia ateniense: cidadania, direitos das pessoas; ágora, espaço para compartilhar poder; e o conceito paideia, educação integral (CAMPOS *et al*, 2014, p. 985). Paideia é a metodologia que possibilita operacionalizar essa rede de conceitos e possui vários eixos de aplicação, podendo ser utilizado na gestão (apoio institucional); nas relações interprofissionais (apoio matricial); e na relação clínica (clínica ampliada e compartilhada), também sendo utilizado como metodologia para a formação pedagógica em saúde.

Com o Método da Roda, a racionalidade gerencial hegemônica, com seus efeitos centralizadores, dá lugar a um novo modo de fazer gestão, caminhando na direção da descentralização e da inclusão dos diferentes saberes dos atores envolvidos no processo de trabalho em saúde. Para que seja possível lançar mão desta metodologia, se faz necessário a compreensão radical que trabalhar coletivamente em torno de um objetivo comum é necessariamente fazer gestão de maneira compartilhada, ou seja, fazer cogestão (GUERINI, 2015).

Como contraponto à lógica hegemônica, o Apoio Institucional se apresenta como um trunfo no sentido de democratizar os processos de gestão, auxiliando no aumento da autonomia dos sujeitos, propiciando espaços onde seja possível planejar ações e intervenções coletivamente (TOEBE; OLIVEIRA, 2016). Há uma ruptura com as

tradicionais formas de fazer gestão, buscando a criação e a construção de uma gestão coletiva, participativa e menos hierárquica, onde não há uma supremacia de saber, mas sim, uma complementariedade de ideias, práticas e conhecimentos.

O Apoio Institucional se constitui dentro estratégias da PNH, fazendo parte de uma rede conceitual e metodológica para dar suporte à cogestão de coletivos e vem sendo desenvolvida e utilizada em políticas e práticas de saúde no Brasil nos últimos 30 anos. A ideia do Apoio Institucional parte do pressuposto de que é preciso agir sobre o mundo, a fim de causar efeitos e mudanças no tecido social, de modo que, para efetuar tal desafio se faz necessária a constituição de espaços coletivos, onde seja possível pensar as estratégias de intervenção em conjunto.

Para tanto, o método parte de uma articulação de saberes e práticas dos campos da Saúde Coletiva, da clínica, da política, da administração e planejamento, da Psicanálise, da Análise institucional e da Pedagogia (CAMPOS, 2000). O conceito de gestão compartilhada – ou cogestão – é premente na compreensão desta metodologia que tem como principal objetivo viabilizar uma gestão participativa e capilarizada.

A proposta de cogestão também busca combinar a manutenção de normas e métodos para o cumprimento da finalidade das organizações de saúde com o estímulo à autonomia e responsabilidade sanitária das equipes, sempre partindo do estabelecimento de contratos e compromissos. Almeja-se um ponto de equilíbrio entre autonomia e controle, objetividade e subjetividade, criação e reprodução, desenvolvendo modelos democráticos e interativos para se lidar com regras, normas e avaliações (FIGUEIREDO, 2012).

O objetivo do Apoio Institucional não se trata de destacar gestores (federais, estaduais ou municipais) de suas funções, pelo contrário, eles continuam a desempenhar um papel fundamental no modo como são desenhadas as práticas de atenção à saúde por meio da gestão das políticas públicas embora não governem mais sozinhos. Toebe e Oliveira (2016) defendem que o mais imprescindível num trabalho em cogestão é a compreensão de que, assim como os gestores, os trabalhadores e usuários do SUS também são responsáveis pela gestão das políticas de saúde, e sabendo fazer uso das estratégias corretas, podem ampliar essa capacidade de governabilidade, contribuindo para que haja uma transformação nas práticas de saúde.



Diferente das tradicionais consultorias, o apoiador institucional não faz pela ou para as equipes, mas atua no sentido de construir coletivamente, junto com as equipes, as ações práticas necessárias para cada contexto, podendo atuar com vistas a facilitar os diálogos, a mediar os conflitos, ampliar a capacidade de reflexão do grupo e também, trazer ofertas que possam facilitar os processos de trabalho. O esperado é que o trabalhador, ao ser quebrada qualquer relação de hierarquia ou tutela, se aproprie do seu fazer (PEREIRA; CAMPOS, 2014). Os autores Barros, Roza e Guedes (2011) defendem que nesta metodologia

não há nenhum tipo de privilégio de um saber sobre o outro. A questão é avaliar os ecos e a ressonância entre eles. Relações de ressonância mútua e de troca. Linhas que não cessam de interferir entre si. Saberes da experiência, saberes acadêmicos. Saberes que se misturam e que vão compondo outros mundos, outros sujeitos, outros trabalhos. O apoio institucional a uma zona imprecisa, instigando forças que podem gerar outras formas, outros modos de produzir saúde (pp. 4086-4087).

Para que este processo seja possível, é necessário um espaço, um tempo e um coletivo que permita com que encontros periódicos aconteçam entre os profissionais, de modo que consigam refletir e intervir sobre a prática. Nesse espaço coletivo, mediado pela figura de um apoiador, espera-se a construção de uma grupalidade que permita às pessoas se identificarem, em graus distintos, como pertencentes ao grupo e compartilharem um objetivo ou projeto.

A dinâmica dos encontros implica na dinâmica de discussão de casos (reais ou hipotéticos) ou temáticas de interesse do grupo e de relevância para aquele contexto. Em cada encontro se analisa um caso ou tema e se define tarefas que o grupo deverá desenvolver, exercitando sua capacidade de intervenção. Os casos podem ser apresentados por um único profissional ou por uma equipe, embora o tema da equipe seja central em todas as situações discutidas. De acordo com Campos e Figueiredo (2014), essa dinâmica convoca o grupo a falar da prática concreta, o que possibilita analisar o que é coproduzido na instituição e o resultante da relação entre profissional, equipe e usuários.

Essa estratégia de formação sustentada pela discussão de casos, foi desenvolvida por Balint (1988) na década de 1950, numa experiência com grupos de supervisão com clínicos gerais vinculados ao Sistema Nacional de Saúde da Inglaterra. Nesses grupos, Balint propunha a análise do que se passava na relação entre médicos e pacientes e dos aspectos inconscientes que influenciavam a evolução da doença e do tratamento.

Por sua vez, no apoio Paideia, Cunha (2012) nos chama atenção para as ampliações que esta estratégia de discussão de casos recebeu, desdobrando-as em três instâncias. Primeiramente, houve uma reformulação daquilo que se entende como “caso”. Balint preconizava as discussões de casos clínicos enfatizadas na clínica individual, uma vez que o trabalho médico na Inglaterra não se dava em contexto de equipe. No apoio Paideia incluem-se casos de Saúde Coletiva e institucionais, isto é, problemas comunitários, grupos de promoção à saúde e problemáticas de ordem gerencial.

A segunda ampliação refere-se ao papel ativo do apoiador ao trazer ofertas. Enquanto Balint trabalhava essencialmente com o que se referia às implicações psicológicas na clínica, no apoio Paideia, o apoiador oferta núcleos de análise não abordados pelo grupo, e temas disciplinares sobre atenção à saúde, trabalho em equipe e organização do SUS, além de diretrizes, demandas e experiências de outras instâncias (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2014).

O terceiro sentido da ampliação está relacionado à ênfase na prática concreta. Cada caso é apresentado, discutido e analisado, buscando-se uma compreensão coletiva sobre a situação singular e também sobre os temas que emergem da discussão e que podem ser generalizados em outras situações. Contudo, se faz necessário a elaboração de um conjunto de propostas de intervenção para orientar a resolução das dificuldades e conflitos consecutivamente.

Essas propostas devem ser organizadas na forma de Projeto Terapêutico (para casos clínicos) ou de Projeto de Intervenção (para os casos institucionais ou de Saúde Coletiva). A partir de então, o caso transforma-se num desafio em que o profissional e sua equipe deverão levar à prática, avaliando, ao longo do processo, os avanços e dificuldades. De acordo com Figueiredo e Campos (2014), a retomada da análise e do diagnóstico a partir da realização das intervenções permite “criar uma diversidade de concepções e assim modificar os sentidos já cristalizados pelos profissionais e afirmar as possibilidades de reconstrução social da realidade” (p. 935).

A hierarquia clássica do trabalho, onde gestores estão num lugar de comando e trabalhadores se encontram num lugar apenas de executores de protocolos se dissipa numa nova estratégia de trabalho a partir da qual coordenam, planejam, supervisionam e avaliam o trabalho que é executado por eles próprios, de maneira conjunta. Contudo, essa ruptura não se dá de maneira espontânea sequer fácil no cotidiano dos serviços de saúde.

Como todo e qualquer processo de mudança, a proposição de alteração de modelos de gestão instituídos em organizações de saúde há décadas não é isenta de conflitos. Como afirmam Paulon, Pasche e Righi (2014), a proposta do Apoio estremece com as zonas de conforto e por isso, há certo grau de tensão que sempre acompanha a tarefa do apoiador, pois ela sempre vai mobilizar diferentes forças: as conservadoras, para manter posições garantidas; e as forças disruptoras, mais dispostas a enfrentar os riscos e ansiedades geradas pelo que o novo possa desterritorializar ou vir a exigir (p. 363).

Ao discorrer sobre o processo de institucionalização do Apoio, Campos (2014) também apontou o risco de neutralização de sua potência analisadora, questionadora, e pode acabar tornando o Apoio apenas um nome que recobre antigas práticas autoritárias que ensejaram a criação dessa tecnologia:

Várias secretarias municipais incorporaram o Apoio como discurso oficial. Ao acontecer isso, ao ser institucionalizada, ela tende a ser reduzida, tende a sofrer as mazelas do contexto institucional. Isso acontece toda vez que uma proposta metodológica, uma estratégia clínica ou de promoção de saúde, é incorporada pelo Estado ou outras organizações. Então, observamos uma tensão entre uma expansão muito grande e uma resistência muito grande e muita coisa autoritária, vertical enviesada sendo feita em nome do apoio institucional, em nome da cogestão (CAMPOS, 2014, p. 1149-1150).

Este paradoxo foi analisado por Fleury (2009) ao retomar as discussões sobre os princípios ético-políticos, normativos e operativos que têm sustentado o movimento da Reforma Sanitária brasileira. Entende a autora que as profundas mudanças cultural, política e institucional, mobilizadas para viabilizar o projeto contra-hegemônico que levou a saúde ao reconhecimento como relevância pública, que representou um novo patamar civilizatório da política pública de saúde no Brasil, encontra algum ponto de esgotamento.

A autora ressalta, nesse sentido, que, como todo processo instituinte, o caráter de movimento que desencadeou, e, em grande parte, garantiu muitas das conquistas da Reforma Sanitária Brasileira, não pode ser mantido *ad eternum*, e isto deve implicar a inclusão de novos atores e novas correlações de forças no jogo político. Como explica a autora,

o paradoxo da reforma sanitária brasileira é que seu êxito, ainda que em condições adversas e parciais, terminou por, ao transformá-la em política pública, reduzir a capacidade de ruptura, inovação e construção de uma nova correlação de forças desde a sociedade civil organizada. Em outras palavras, o instituído se impôs ao instituinte, reduzindo o caráter libertário e transformador da reforma. A constatação de que a iniquidade estrutural da sociedade brasileira atravessa hoje o sistema único de saúde é a possibilidade de retomar o combate pelas idéias igualitárias que orientaram a construção deste projeto.

Para tanto, resta a questão da construção permanente do sujeito, aquele que poderá transformar novamente o instituído em instituinte, para de novo institucionalizar-se (FLEURY, 2009, p. 751).

O caráter eminentemente instituinte de todo processo crítico-propositor de novos modos de vida e trabalho só pode ser dito como parte de um movimento criativo – no caso da Reforma Sanitária – porque tende à institucionalização. Ao serem institucionalizados, esses novos modelos e práticas (incluindo os de cuidado e gestão) não perdem seu valor de construção histórica da mudança e reconfiguração social, pelo contrário, como defendem Paulon, Pasche e Righi (2014), ao ocupar o espaço institucional até então marcado por movimentos estabilizadores, de conservação da realidade constituída e dos processos de subjetivação dela derivados, é sinal de que lograram êxito enquanto movimento crítico.

Resguarda-se, porém, a noção apontada por Fleury (2009) de que há um dilema entre instituinte e instituído, não sendo possível sustentar-se por si só através das transformações político-institucionais, demandando e abrindo espaço para novos processos de subjetivação.

Processos instituintes que encontram a estabilidade social, política e institucional, inefavelmente, se depararão, em algum momento da história, com movimentos críticos, os quais, no jogo político, podem ganhar espaço e fazer avançar novos processos instituintes cuja potência pode fazê-los assumir sua vocação de subverter o que está posto (PAULON; PASCHE; RIGHI, 2014, p. 812).

Esta discussão em torno da busca de novas tecnologias de cuidado e saúde em favor da universalidade do SUS oferece um suporte para pensarmos na função Apoio como parte deste delicado e complexo movimento contra-hegemônico que é a construção do SUS. Ao propor a função Apoio como tecnologia que também assume a crítica à racionalidade gerencial hegemônica e que se insere nos processos de produção de saúde para construir outras diretrizes e novas formas de gestão, Campos (2013) toma como ponto de partida a descentralização da gestão associada à sua tríplice finalidade.

A primeira refere-se à produção de bens e serviços saúde, que, na rede pública de saúde, nada mais é que a produção de cuidados em saúde. A segunda finalidade é manutenção da própria organização, que garante seu funcionamento. Por último, a finalidade é de interferir nos processos de produção de subjetividade dos próprios trabalhadores e dos usuários. É preciso considerar estas três finalidades como diferentes faces inseparáveis de um mesmo processo de produção.

Campos (2013) também aponta que a produção de bens e serviços exige que o trabalhador se situe na dimensão do conhecimento, a reprodução da organização exige que se situe na dimensão do poder e a produção de subjetividades na dimensão dos afetos. O autor aponta que é na inclusão das dimensões do poder, dos saberes e dos afetos faz com que o Método da Roda gire na contramão da racionalidade gerencial hegemônica, que apresenta dificuldades de identificar e incluir a dimensão subjetiva do processo de trabalho em análise, tendendo à reprodução de formas burocratizadas, protocolares e prescritivas de trabalho, produzindo como consequência o empobrecimento subjetivo e social de trabalhadores e usuários (p. 899).

Este empobrecimento da dimensão subjetiva evidencia um posicionamento ético-político de segregação onde deveria existir conexão, isto é, separar planejadores e executores, atenção e gestão, clínica e política, é uma aposta política. Tomar como natural essa aposta política, é desimplicar-se da função de fazer Apoio (GUERINI, 2015), uma vez que é através da articulação dessas dimensões – afetos, conhecimento e poder – que se produz o sentido, o esforço e movimento fundamental para intervir no campo da saúde. Campos (2014) assevera que

[...] a concepção teórica e metodológica Paideia busca compreender e interferir nas dimensões do poder, do conhecimento e do afeto. E pode ser aplicada à política, gestão, pedagogia, Saúde Coletiva e clínica. A política e a gestão tratam de modos para operar com o poder; a pedagogia, com o conhecimento; a clínica da subjetividade, com o afeto. Esses campos disciplinares, contudo, separam essas três dimensões, quando na realidade elas atuam de forma conjugada e simultânea. A constituição de sujeitos, das necessidades sociais e das instituições é um produto de relações de poder, do uso de conhecimentos e de modos de circulação de afetos. (CAMPOS *et al*, 2014, p. 985).

A partir deste recorte, fica mais evidente a importância do papel que a Psicologia possui no contexto de manutenção das metodologias de formação do SUS, por reconhecer as especificidades contextuais e as subjetividades e singularidades presentes nas relações dos indivíduos e coletivos, atravessadas pelas dimensões de afeto, poder e conhecimento. Esta compreensão também põe em relevo que a função de Apoio exige uma promoção na articulação de diferentes saberes e diferentes relações de poder para possibilitar os processos de cogestão.

É necessário considerar que, além da dimensão política, há também o que é da dimensão subjetiva e que se faz presente nesse processo através dos afetos e das emoções (CAMPOS, 2014). Apoiar a cogestão da produção de bens, serviços, instituições, saberes e subjetividades implica em incluir um tanto da sua própria subjetividade num processo

de produção que produz, também, a nós mesmos. Assim como todas as atividades humanas, as práticas em saúde são atos produtivos, pois sempre atuam no sentido de modificar e produzir algo, se configurando também como trabalho porque visam produzir efeitos, alterando um estado de coisas estabelecido como necessidades (MERHY; FEUERWERKER, 2010).

A metodologia Paideia de cogestão das instituições e do cuidado em saúde teve suas primeiras aplicações no Sistema Único de Saúde do município de Campinas (São Paulo), durante a década de 1990. Graças aos novos arranjos e dispositivos de gestão e do processo trabalho – especialmente o Apoio Institucional, Equipes de Referência e Apoio matricial – serviços de saúde mental, de Atenção Básica e da área hospitalar sofreram mudanças organizacionais em que se construíram, orientados por esse referencial.

Nos anos seguintes, várias cidades incorporaram modos de realizar o Apoio Institucional e matricial, bem como foram valorizados os conceitos de Clínica ampliada e compartilhada, como nas cidades Belo Horizonte (Minas Gerais), Quixadá (Ceará), Sobral (Ceará), Recife (Pernambuco), Aracaju (Sergipe), Rio de Janeiro (Rio de Janeiro), Viamão (Rio Grande do Sul), Rosário (Argentina) – experimentando essas novas diretrizes e metodologias (CAMPOS e cols., 2014).

Após a difusão das primeiras experiências exitosas em território nacional, a partir de 2003, o Ministério da Saúde deu início ao processo de formulação e implementação do Apoio Institucional aos estados e municípios. Nessa primeira fase, com dois enfoques: apoio à gestão descentralizada do SUS – coordenado pelo Departamento de Apoio à Descentralização (DAD) da Secretaria Executiva – e apoio à mudança dos modelos de gestão e atenção dos sistemas e serviços de saúde – coordenado pela Política Nacional de Humanização.

No segundo movimento, o Ministério da Saúde implementou o Apoio Institucional em 2011, buscando a articulação das diversas secretarias e departamentos, chamado Apoio Institucional Integrado (CAMPOS e cols., 2014), coordenado pelo Núcleo Gestor do Apoio Integrado (composto por todas as secretarias do Ministério e coordenado pela Secretaria Executiva). Em seguida, algumas Secretarias de Estado da Saúde também criaram núcleos de apoiadores institucionais para realizar a relação com as secretarias e serviços municipais.

O método Paideia oferece uma prática que visa à superação dos entraves à mudança nas instituições de saúde através da coprodução de sujeitos e coletivos com capacidade de análise e intervenção na realidade. Trabalhar com esse tipo de política requer completo desenvolvimento de uma postura analítica sobre si, sobre o outro e seu contexto, uma postura crítica e ético-política, para que possam experimentar novas práticas, capazes de responder à complexidade que envolve o trabalho em saúde. Isto implica em abdicar de lugares comuns e confortáveis para adentrar um mundo onde a criação, as dúvidas e os questionamentos, imperem sobre as verdades absolutas que carregamos conosco.

Machado e Lavrador (2007) advertem que, para que isso seja possível, é necessário que aja uma disponibilidade objetiva e subjetiva de afetar e ser afetado, de modo que seja possível colocar em análise “as nossas posturas, as nossas concepções, os nossos preconceitos, os nossos endurecimentos, as nossas permeáveis impermeabilidades ao que difere, ao que é diferente de nós mesmos” (p. 13). Tal abertura, no entanto, pode não estar dada a priori, ou seja, pode ser construída em conjunto com os sujeitos e com os grupos. No entanto, em última instância, vale reafirmar o pressuposto contido no método Paideia: “não se pretende mudar algo *para* o outro, senão *com* o outro” (CAMPOS e cols., 2014, p. 993).

No trabalho em saúde, o apoiador deve lançar mão de saberes e tecnologias comuns ao trabalho desenvolvido no campo do cuidado, como a escuta, o acolhimento, vínculo, construídos nesses espaços de intercessão com a equipe. Os protocolos técnicos contribuem na organização do trabalho, mas não devem ser orientadores como os instrumentos em questão. No trabalho em Psicologia, é sabido que a escuta está além dos instrumentos estruturados e mesmo além do que é de fato verbalizado. Da mesma forma, um trabalho feito em cogestão constitui-se como um espaço de negociação entre atores, construção de pactos e de produção para os envolvidos, através de uma relação de trocas (FALLEIRO, 2014).

A adesão de novas práticas de cuidado em saúde às políticas públicas parte de um desejo de valorizar saberes coletivo e fazeres solidários, portanto, como apontam Machado e Lavrador (2007) devemos assumir a importância e a responsabilidade que há em nosso papel, considerando a participação de diversos atores sociais na construção desses fazeres.



Faz-se necessário a manutenção da autonomia, da crítica, da afirmação de proposições e da garantia dos inúmeros avanços já conquistados na esfera da assistência e da legislação, por parte dos atores sociais, tanto no que se refere à criação de políticas públicas quanto no que tange à pressão social junto ao Estado, para que as proposições políticas venham expressar os anseios e responder às necessidades da população, através da formalização destas nas políticas estatais (MACHADO; LAVRADOR, 2007, p. 7).

Em face disso, Pasche e Passos (2010) também destacam que no trabalho em saúde é necessário pressupor a capacidade de os sujeitos e organizações colocarem em questão as formas instituídas:

O SUS não pode prescindir da ação do sujeito coletivo responsável pelo movimento instituinte que em 1988 culminou na formulação do direito constitucional à saúde. Esse sujeito que se expressa desde os anos 1970 como movimento coletivo de resistência ao autoritarismo e de reforma das práticas de saúde é a um só tempo a causa e o efeito das experiências de mudança dos modelos de atenção e de gestão. Ele é causa porque agente de mudança das práticas de produção de saúde, sendo paradoxalmente ele mesmo o produto emergente dessas experiências. Daí a importância para o SUS o fortalecimento dos coletivos (p. 430).

Depreende-se que a práxis do profissional em saúde está, invariavelmente, inscrita em um campo político, devendo estar em consonância com as principais demandas sociais e históricas. Cabe a cada profissional – ou futuros profissionais –, escolher a quais nos aliamos, e quais são os movimentos e intercessões que fazemos entre, por exemplo, a Psicologia e o SUS, compactuado, assim, como se espera dos gestores, compromissos coletivos e sociais. Como defende Benevides (2005), não é possível pensar em práticas que “não estejam comprometidas com o mundo, com o país que vivemos, com as condições de vida da população brasileira e com o engajamento na produção de saúde” (p. 23).

Se antes falávamos da inseparabilidade entre a clínica e a política, agora podemos dizer da inseparabilidade entre modos de atender, de cuidar e modos de gerir, inseparabilidade entre atenção e gestão, portanto. Aí está um caminho a ser traçado, percorrido, inventado, se queremos, também nós, psicólogos, nos aliar aos movimentos de resistência que apostam na construção de um outro mundo possível (BENEVIDES, 2005, p. 24).

Ao longo dos quase 30 anos de implementação, a metodologia Paideia de cogestão das instituições e do cuidado em saúde ainda se defronta com dilemas e desafios. Segundo análise de Andrade e cols. (2014) dos documentos sobre os determinantes das formulações de políticas de gestão no SUS, grande parte dos empecilhos referem-se às dificuldades de integração entre as áreas do Ministério da Saúde e os gestores descentralizados, isto é, mesmo tentando romper com a lógica tradicional, as propostas do Apoio Institucional, por vezes, manifestam a intenção de reprodução da lógica instrumental e vertical.



Este desencontro nos modos de integração interfederativa – baseada na responsabilidade solidária e no apoio, e o ente federal – que tende por atuar na lógica instrumental, verticalizada, fiscalizadora e punitiva, tradicionalmente construída (ANDRADE e cols., 2014) – pode estar relacionando à excessiva fragmentação e baixa articulação das diversas áreas e políticas do Ministério da Saúde. Essas contradições analisadas pelos autores dão notícias de um desejo de mudança e consistência teórico-política, vislumbrando novas perspectivas na relação do Ministério da Saúde com os estados e municípios, com maior autonomia dos gestores estaduais e municipais, superando a tradicional relação hierárquica, cartorial e autoritária do Ministério.

A análise dos documentos oficiais evidencia a forte influência do Método da Roda, principalmente o dispositivo do Apoio Institucional, na formulação das políticas estudadas. A maior parte dos textos cita e desenvolve os conceitos de cogestão e apoio institucional. Defendem e objetivam a qualificação/melhoria ou a mudança/transformação dos modelos hegemônicos de gestão e atenção à saúde. Essa dicotomia, entre melhoria e mudança, está presente em todo o período estudado, caracterizando uma disputa político-ideológica de modelos de gestão e de atenção à saúde (ANDRADE e cols., 2014, p. 905).

Em contrapartida, a revisão realizada pelos autores também evidencia uma aposta no Apoio como dispositivo de cogestão, mostrando-se capaz de aproximar e transversalizar as áreas e políticas, historicamente desarticuladas e isoladas, em suas especificidades e particularidades, corroborando a formulação original, justificando a necessidade de constituir coletivos de apoiadores que tenham uma “atuação generalista e territorializada, por um lado, e uma abordagem mais específica e técnica, por outro” (p. 906).

Pensar o Apoio Institucional apenas como uma ferramenta da Política Nacional de Humanização é subestimar todo o potencial transformador da função dentro do trabalho em saúde. Assim como asseveram Pasche e Passos (2014), apoiar é, antes de tudo, uma ética que se apresenta como modo de lidar com relações que os sujeitos constroem entre si e com seus objetos de trabalho. A construção dessas novas realidades se dá através de um trabalho que depende menos de atos engessados e mais da ampliação da vontade e capacidade dos serviços de saúde e seus coletivos enfrentarem suas culturas organizacionais, pressupondo a construção e subjetivação de espaços coletivos que permitam pôr em contato a diferença, abrindo caminhos para se pôr em questão os modos de gerir e de cuidar.

Os avanços do SUS em direção às melhoras na qualidade de vida da população dependem diretamente da formação de profissionais com competências técnicas, mas

também ético-políticas e relacionais; com conhecimento e capacidades críticas e sensibilidade para pensar as questões da vida e da sociedade, e para atuarem em contextos de incerteza e complexidade.

Para isso, a metodologia dos processos de formação deve imbricar teoria e prática, estudo e intervenção, partindo das experiências e dos problemas concretos para desenvolver a capacidade de reflexão e ação dos sujeitos. O Apoio Institucional dá um passo adiante ao multiplicar a superfície de contato entre agentes e as políticas públicas, da clínica com a política, da produção de subjetividade com a produção de saúde, do gerir e do cuidar processos de atenção em saúde.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A reflexão sobre a atuação do profissional psicólogo na Rede de Atenção Psicossocial aponta para questões importantes que não dizem respeito somente à formação enquanto arcabouço teórico, mas como este profissional se posiciona frente aos desafios e orientações que, como pudemos perceber, possuem uma tendência própria de renovação. Vimos que, através da Reforma Psiquiátrica Brasileira, foi possível uma ampliação da noção de clínica, assim como a diversificação das práticas que revelam uma outra dimensão do trabalho na área da saúde que se inscrevem no campo político e se preocupa com a garantia dos direitos dos pacientes com transtornos mentais.

O percurso teórico deste trabalho permitiu levantar algumas tendências pelas quais o trabalho em saúde e suas transformações são moduladas. A primeira delas refere-se à ineficiência do modelo asilar e seu caráter iatrogênico, isto é, práticas que buscam a cura ou a remissão de sintomas mas que acabam causando uma piora da situação e gerando danos ainda mais graves do que a demanda que levou a pessoa buscar tratamento. Também podemos relacionar ao fato de novas concepções sobre o sofrimento psíquico e seus diversos modos de apresentação dão suporte aos serviços abertos de base territorial centrados no acolhimento, no acompanhamento e na inclusão social dos usuários.

Um segundo aspecto diz respeito às diferentes concepções e propostas do trabalho em rede, que são tecidos por outras instâncias que agregam serviços, dispositivos e instituições de controle social e devem incluir setores que ultrapassam os limites duros da saúde, como lazer, cultura, esporte, trabalho, assistência social, educação e outros. Por último, constata-se que é cada vez mais urgente a importância do trabalho compartilhado em equipe, articulado na saúde em geral, com ênfase na Atenção Primária. Deste modo, o trabalho em Saúde Mental não deve mais prescindir do encontro com outros setores, isto é, não se deve trabalhar mais sozinho.

É evidente que estas novas estratégias não minimizam ou atenuam desafios, sejam novos ou herdados de antigas tradições e do inexorável enigma do padecimento humano. A responsabilidade partilhada pela gestão de serviços e casos – ou simplesmente cogestão –, é, ao mesmo tempo que uma ferramenta, um desafio que coloca em evidência a necessidade de apoio e formação permanente aos profissionais para qualificar seu trabalho.

O maior desafio hoje reside na defesa e no fortalecimento das políticas públicas. Estas são as vias pelas quais devem ser levadas adiante o legado da Reforma Psiquiátrica Brasileira e, por conseguinte, a sustentação do SUS em sua potência, ampliando e articulando as redes que se interseccionam para além do campo de saúde. Deste modo, faz-se necessário compreender também que estes novos saberes e fazeres comprometidos com as demandas sociais, culturais e históricas do nosso tempo, podem e devem contribuir de maneira valiosa para a construção de um SUS e de uma práxis em Saúde Mental mais crítica, democrática e equânime.

Ressalta-se ainda a importância deste debate para a formação dos profissionais de Psicologia, tendo em vista que a apropriação de aspectos fundamentais do SUS pode refletir de maneira direta nas práticas em saúde, aliada aos princípios básicos e estruturantes da rede e dos ideais reformistas, bem como das demandas sociais que se apresentam no cotidiano das atuações profissionais. Ademais, sugere-se como possibilidade de estudos futuros, a análise de atravessamentos macropolíticos na práxis do psicólogo e no profissional em Saúde Mental na gestão em saúde, bem como seus efeitos num possível espaço de formação.

## REFERÊNCIAS

ABOU-YD, Miriam Nadim *et al.* A lógica dos mapas: marcando diferenças. **Conselho Federal de Psicologia, organizadores. Loucura, ética e política: escritos militantes. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.**

AGUIAR, Laurem Janine Pereira de. Saúde mental no capitalismo: desafios da reforma psiquiátrica brasileira pós-golpe de 2016. 2018.

ALESSI, Gil. Entenda o que é a PEC 241 (ou 55) e como ela pode afetar sua vida. El País, 2016. Disponível em <[https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574\\_221053.html](https://brasil.elpais.com/brasil/2016/10/10/politica/1476125574_221053.html)>. Acesso em 7 de novembro de 2019.

ALMEIDA, Luciana Pavanelli von Gal de; FERRAZ, Clarice Aparecida. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 1, p. 31-35, 2008.

AMARANTE, Paulo *et al.* A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**, v. 1, p. 45-65, 2003.

AMARANTE, Paulo. **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 1998.

AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** SciELO-Editora FIOCRUZ, 1996.

ANDRADE, Maria Angélica Carvalho *et al.* Apoio institucional: estratégia democrática na prática cotidiana do Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 833-844, 2014.

ANSARA, Soraia; DANTAS, Bruna Suruagy do Amaral. Intervenções psicossociais na comunidade: desafios e práticas. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 1, p. 95-103, 2010.

ARBEX, Daniela. **Holocausto brasileiro.** Editora Intrínseca, 2019.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BALINT, Michael. O médico, seu paciente e a doença. In: **O médico, seu paciente e a doença.** 2005. p. 291-291.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de; GUEDES, Carla Ribeiro; ROZA, Monica Maria Raphael. O apoio institucional como método de análise-intervenção no âmbito das políticas públicas de saúde: a experiência em um hospital geral. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 12, p. 4803-4814, 2011.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, p. 561-571, 2005.

BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI, Neuza. Estratégias de produção de si e a humanização no SUS. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 27, n. 3, p. 462-475, 2007.

BEZERRA, Daniela Santos. **O lugar da clínica na reforma psiquiátrica brasileira**. 2008. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado, Pós-graduação em Psicanálise), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 1, n. 1, p. 7-11, 1991.

BOCK, Ana Mercês Bahia. A Psicologia a caminho do novo século: identidade profissional e compromisso social. **Estudos de psicologia**, v. 4, n. 2, p. 315-329, 1999.

BÖING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida. O Psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde Brasileiras<sup>1</sup>. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010.

BRASIL, Constituição Federal. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha Clínica Ampliada**. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2019.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. 2009.

CAPS TÊM MÁ DISTRIBUIÇÃO NO PAÍS. Cruzeiro do Sul, 2017. Disponível em: <<https://www2.jornalcruzeiro.com.br/materia/818479/caps-tem-ma-distribuicao-no-pais>>. Acesso em: 17, setembro, 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* A aplicação da metodologia Paideia no apoio institucional, no apoio matricial e na clínica ampliada. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 983-995, 2014.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde paidéia. In: **Saúde paidéia**. 2003.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 4 ed. São Paulo: Hucitec. 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; AMARAL, Márcia Aparecida do. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de saúde pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAMPOS, Rosana T. Onocko; CAMPOS, GW de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. **Tratado de saúde coletiva**, v. 1, p. 669-688, 2006.

CHAUÍ-BERLINCK, Luciana. O acompanhamento terapêutico e a formação do psicólogo: por uma saúde humanizada. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 62, n. 1, p. 90-96, 2010.

COLLARES, CAL; MOISES, M. A. Controle e medicalização da infância. **Desidades: Revista Eletrônica de Divulgação Científica da Infância e Juventude**, v. 1, 2013.

COSTA-MOURA, Fernanda. A psicanálise é um laço social. Alberti, S.; Figueiredo, A. C. (orgs.). **Psicanálise e saúde mental: uma aposta**. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, p. 149-53, 2006.

COSTA-ROSA, Abílio. **Atenção Psicossocial além da Reforma Psiquiátrica: contribuição a uma clínica crítica dos processos de subjetivação na Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Unesp. 2013

CUNHA, Gustavo T. **Grupos Balint Paidéia: uma contribuição para a cogestão e a clínica ampliada na Atenção Básica**. 2009. 254f. 2009. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/Unicamp.

CUSINATO, Caroline. **Reforma Psiquiátrica: avanços e desafios das práticas dos profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)**. 2016.

DA GAMA LEME, Fernanda Ribeiro *et al.* O cuidado começa na escuta: profissionais de saúde mental e as vicissitudes da prática. **Mental**, v. 7, n. 12, p. 119-138, 2009.

DA ROCHA, Beatriz Schmidt *et al.* 15. PSICOLOGIA E A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO. **Psicologia e políticas públicas na saúde: experiências, reflexões, interfaces e desafios**, p. 269.

DE PAULA, Bruno Henrique Bengel *et al.* **Estudo das relações interprofissionais no hospital geral: contribuições da saúde mental para uma clínica do sujeito**. 2016.

DE SANT'ANNA, Tatiana Camargo; DE ALBUQUERQUE BRITO, Valéria Cristina. A lei antimanicomial e o trabalho de psicólogos em instituições de saúde mental. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 26, n. 3, p. 368-383, 2006.

DHEIN, Gisele *et al.* Pausa!: Clínica. Clínica política. Clínica ampliada: a produção do sujeito autônomo. 2010.

DIMENSTEIN, Magda Diniz Bezerra. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. **Estudos de psicologia**, v. 3, n. 1, p. 53-81, 1998.

ESCOREL, Sarah. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. Editora Fiocruz, 1999.

FALLEIRO, Letícia de Moraes. Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática. **Porto Alegre: Rede Unida**, 2014.

FERNANDES, Angela Maria Dias; JOCA, Emanuella Cajado. O 18 de maio como espaço de investigação e formação. **Psicologia & Sociedade**, v. 23, p. 170-176, 2011.

FERRAZZA, Daniele Andrade. Psicologia e políticas públicas: desafios para superação de práticas normativas. **Revista Polis e Psique**, v. 6, n. 3, p. 36-58, 2016.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. Uma proposta da psicanálise para o trabalho em equipe na atenção psicossocial. **Mental**, v. 3, n. 5, p. 0, 2005.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa *et al.* A construção de práticas ampliadas e compartilhadas em saúde: apoio Paideia e formação. 2012.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio Paideia como metodologia para processos de formação em saúde. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 931-943, 2014.

FLEURY, Sonia. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 743-752, 2009.

FORBES, J. Inconsciente. Responsabilidade: Psicanálise do Século XXI. 2012.

FOUCAULT, M. Microfísica do poder. 3ª ed. **Rio de Janeiro, Graal**, 1982.

FOUCAULT, Michel. Microfísica do poder. 23. ed. Rio de Janeiro: Graal. 2007.

FREUD, Sigmund. Análise terminável e interminável. **Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**, v. 23, p. 247-87, 1937.

FREUD, Sigmund. **Psicologia das massas e análise do eu**. São Paulo: L&PM Pocket, 2013.



GIL, Antonio Carlos. O psicólogo e sua ideologia. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 5, n. 1, p. 12-17, 1985.

GONÇALVES, Maria da Graça M. Psicologia, subjetividade e políticas públicas. **São Paulo**, 2010.

GUERINI, Lorena Rodrigues. **Saúde Mental e Apoio Institucional: Uma experiência a partir da pesquisa Gestão Autônoma da Medicação**. São Luís: EDUFMA, 2018.

HAESER, Laura de Macedo; BÜCHELE, Fátima; BRZOZOWSKI, Fabíola Stolf. Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 2, p. 605-620, 2012.

JORGE, Marco Aurélio Soares. **Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental**. 1997. 117 p. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e reabilitação psicossocial. **Reabilitação psicossocial no Brasil**, v. 2, p. 55-59, 1996.

LACAN, Jacques. A desmontagem da pulsão. In: LACAN, Jacques. **Seminário, livro 11: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 2008, p. 159-170

LACAN, Jacques. A instância da letra no inconsciente ou a razão desde Freud. **J. Lacan, Escritos**, p. 496-533, 1998.

LÜCHMANN, Lígia Helena Hahn; RODRIGUES, Jefferson. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 399-407, 2007.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a reforma psiquiátrica?. **Revista Subjetividades**, v. 12, n. 1-2, p. 419-456, 2016.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Modos de inserção dos psicólogos na saúde mental e suas implicações no comprometimento com a reforma psiquiátrica?. **Revista Subjetividades**, v. 12, n. 1-2, p. 419-456, 2016.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. As políticas que incidem sobre a vida. **Estudos e pesquisas em psicologia**, v. 10, n. 1, p. 118-133, 2010.

MACHADO, Pâmela de Freitas; BEATRIZ, Helena; HERNANDEZ, Aline Reis Calvo. Narrativas do silêncio: movimento da luta antimanicomial, psicologia e política. **Revista Psicologia Política**, v. 15, n. 34, p. 599-616, 2015.

MACHADO, Pâmela de Freitas; SCARPARO, Helena BK. Golpe civil-militar: a psicologia e o movimento estudantil do Rio Grande do Sul. **Memorandum**, p. 225-238, 2010.

MARTÍN-BARÓ, Ignácio. O papel do psicólogo. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 2, n. 1, p. 7-27, 1997.

MASSUDA, Adriano. **O Método do Apoio Paidéia no Hospital: descrição e análise de uma experiência no HC-Unicamp**. 2010. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Campinas: Departamento de Medicina Preventiva e Social/FCM/Unicamp. 2010.

MELUCCI, Alberto *et al.* A invenção do presente: movimentos sociais nas sociedades complexas. 2001.

MENDES, Eugênio Vilaça. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: **Distrito sanitário: processo social de mudança das práticas do sistema único de saúde**. 1993. p. 19-91.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CERQUEIRA, Maria Paula. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. **Semiótica, afecção & cuidado em saúde**. São Paulo: Hucitec, p. 60-75, 2010.

MILLER, Jacques-Alain; MILNER, Jean Claude. Você quer mesmo ser avaliado. **Entrevistas sobre uma máquina de impostura**. São Paulo: Manole, 2006.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde mental: o que é, doenças, tratamentos e direitos. Disponível em: < <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-mental>>. Acesso em 20 de maio de 2019.

NA calada da noite, um golpe na Saída da Família. **Outra Saúde**. 30, jan de 2020. Disponível em: <<https://outraspalavras.net/outrasaude/o-fim-do-nasf-a-estrategia-de-apoio-ao-atendimento-na-atencao-basica/>>. Acesso em: 2, fev de 2020.

NASCIMENTO, Maria Lívia do; MANZINI, Juliane Macedo; BOCCO, Fernanda. Reinventando as práticas psi. **Psicologia & Sociedade**, v. 18, n. 1, p. 15-20, 2006.

NETO, João Leite Ferreira. A atuação do psicólogo no SUS: análise de alguns impasses. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 30, n. 2, p. 390-403, 2010.

NOGARE, Pedro Dalle. Humanismos e anti-humanismos. **Introdução à antropologia filosófica**, v. 10, 1977.

ONOCKO CAMPOS, Rosana; GAMA, Carlos. Saúde mental na atenção básica. Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. **Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, p. 209-35, 2008.

ONOCKO CAMPOS, Rosana. Psicanálise e saúde coletiva: interfaces. In: **Psicanálise e saúde coletiva: interfaces**. 2013. p. 172-172.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Constituição da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) - 1946. Disponível em: <<http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o->

Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acesso em: 18 nov 2019.

PAIVA, Carlos Henrique Assunção *et al.* Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. 2014.

PASCHE, Dário Frederico. Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 701-708, 2009.

PASCHE, Dário Frederico; PASSOS, Eduardo; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. A Humanização do SUS como uma política do comum. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, p. 491-491, 2009.

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides de. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: teoria e pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 71-79, 2000.

PAULON, Simone Mainieri; PASCHE, Dário Frederico; RIGHI, Liane Beatriz. Função apoio: da mudança institucional à institucionalização da mudança. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 809-820, 2014.

PEREIRA, Potyara AP. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez**, p. 87-108, 2008.

PEREIRA JÚNIOR, Nilton; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. O apoio institucional no Sistema Único de Saúde (SUS): os dilemas da integração interfederativa e da cogestão. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 895-908, 2014.

QUEIROZ, Marcos de Souza; VIANNA, Ana Luíza. Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. **Revista de saúde pública**, v. 26, p. 132-140, 1992.

REIS, Alberto Olavo Advincula; MARAZINA, Isabel Victoria; GALLO, Paulo Rogério. A humanização na saúde como instância libertadora. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 36-43, 2004.

RIBEIRO, Marcelo Afonso. Atelier de trabalho para psicóticos: uma possibilidade de atuação em orientação profissional. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 18, n. 1, p. 12-27, 1998.

RIGHI, Liane Beatriz. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1145-1150, 2014.

RIOS, Izabel Cristina. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. **Revista brasileira de educação médica**, v. 33, n. 2, p. 253-261, 2009.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A formação dos psicólogos e a saúde pública. **Pesquisas e práticas psicossociais**, v. 1, n. 2, p. 1-15, 2006.

ROSE, Nikolas. Inventando nossos eus. **Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito. Belo Horizonte: Autêntica**, p. 137-204, 2001.

RIGHI, Liane Beatriz. Apoio matricial e institucional em Saúde: entrevista com Gastão Wagner de Sousa Campos. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 18, p. 1145-1150, 2014.

RODRIGUES, Daniel; ZANIANI, Ednéia José Martins. A formação acadêmica do psicólogo e a construção do modo de Atenção Psicossocial. **Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais**, v. 12, n. 1, p. 224-239, 2017.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, O. de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. **Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec**, v. 1990, p. 17-59, 1990.

SANTOS, Milton. O lugar e o cotidiano. **Epistemologias do Sul. São Paulo: Cortez**, p. 584-602, 2010.

ROTELLI, Franco; LEONARDIS, O. de; MAURI, Diana. Desinstitucionalização, uma outra via. **Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec**, v. 1990, p. 17-59, 1990.

SILVA, Arielle Rocha de Oliveira *et al.* Enredando lutas cotidianas: dispositivos de saúde pela cidade. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 21, n. 3, p. 507-520, 2009.

SILVA, Marcos Vinícius Oliveira. O movimento da luta antimanicomial e o movimento dos usuários e familiares. In: Conselho Federal de Psicologia, organizadores. **Loucura, ética e política: escritos militantes**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.

SILVA, Martinho Braga Batista. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, p. 127-150, 2005.

TENÓRIO, Fernando. A Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: História e Conceitos. **História, Ciências, Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 25-59, jan.-abr, 2002.

TOEBE, Sharyel Barbosa; DE OLIVEIRA, Itauane. Reflexões acerca do lugar do psicólogo na (co) gestão em saúde e da importância deste espaço na formação em Psicologia. **Pretextos-Revista da Graduação em Psicologia da PUC Minas**, v. 3, n. 5, p. 163-178, 2018.

VAL, Alexandre Costa; CARVALHO, Maria Bernadete de; CAMPOS, Rosana Onocko. Entre o singular e o coletivo: a experiência de um serviço na abordagem das anorexias e bulimias. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 25, p. 99-119, 2015.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Desafios políticos no campo da saúde mental na atual conjuntura: uma contribuição ao debate da IV Conferência Nacional. **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira**, p. 17-74, 2010.

VIEIRA, Vidigal de Andrade. Psicologia, psiquiatria e direito: uma contextualização sócio-histórica-cultural no Brasil. **Psique (Belo Horizonte)**, p. 125-145, 2000.