



**Políticas públicas de saúde e o fazer do psicólogo na Rede de Atenção Psicosocial: uma discussão ainda necessária.<sup>1</sup>**  
**Public health policies and the role of the psychologist in the Psychosocial Care Network: a still-needed discussion**

ROCHA, Yasmin Adriane Mendonça da<sup>2</sup>

## RESUMO

Este trabalho apresenta o processo histórico de construção do Sistema Único de Saúde para então situar e pensar a prática do profissional da Psicologia no âmbito da saúde pública. Para isso, faz uso da metodologia da revisão bibliográfica. Nota-se que o SUS foi construído a partir de muita mobilização social, disputando desde conceitos sobre saúde até políticas públicas concretas de atenção à saúde da população. O profissional da Psicologia contribui para a saúde pública a partir de sua inserção na Rede de Atenção Psicosocial, que abrange todos os níveis de atenção do SUS. É devido a essa presença na saúde pública que se faz necessária a reflexão sobre os princípios norteadores da prática do psicólogo no SUS. Conclui-se que essa atuação deve, para caminhar junto aos princípios do SUS, se articular à defesa e produção da autonomia dos sujeitos e à multiplicidade de formas de vida, rompendo com um passado de hegemonia dos consultórios particulares de Psicologia e seus cuidados muitas vezes individualizantes. A essa proposta se fazem resistências, como retrocessos vividos nos últimos anos no Brasil acerca de concepções de saúde e da retomada de práticas discutíveis como a abordagem dos Transtornos por Uso de Substâncias pautada na abstinência e não na Redução de Danos, razões pelas quais fica evidente a necessidade de manter vivo o debate sobre a atuação do psicólogo no SUS.

**Palavras-chave:** Psicologia. Sistema Único de Saúde. Rede de Atenção Psicosocial.

## ABSTRACT

This work presents the historical process of construction of the Unified Health System to then situate and think about the practice of the Psychology professional in the context of public health. For this, it makes use of the methodology of the bibliographic review. It is noted that the SUS was built based on a lot of social mobilization, disputing everything from concepts about health to concrete public policies for the health of the population. Psychology professionals contribute to public health through their insertion in the Psychosocial Care Network, which covers all levels of care in the SUS. It is due

---

<sup>1</sup> Artigo científico apresentado para a conclusão de pós-graduação em Saúde da Família da Faculdade Fasouza.

<sup>2</sup> Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Sergipe e pós-graduanda em Saúde da Família pela Fasouza. Psicóloga na Atenção Especializada do Sistema Único de Saúde, na cidade de Estância/SE. Email: yasminrocha.psi@gmail.com

to this presence in public health that it is necessary to reflect on the guiding principles of the psychologist's practice in the SUS. It is concluded that this action must, in order to walk along the principles of the SUS, articulate with the defense and production of the autonomy of the subjects and the multiplicity of ways of life, breaking with a past of hegemony of private Psychology offices and their care, often individualizing. There is resistance to this proposal, such as the setbacks experienced in recent years in Brazil regarding health concepts and the resumption of debatable practices such as the approach to Disorders due to Substance Use based on abstinence and not on Harm Reduction, reasons why it is evident the need to keep the debate on the role of psychologists in the SUS alive.

**Keywords:** Psychology. Health Unic System. Psychosocial Care Network.

## 1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) possui uma história repleta de lutas sociais e políticas envolvidas em sua construção. Esses embates dizem respeito a muito mais que o simples estabelecimento de serviços burocráticos de Estado para cuidar de sua população. Pelo contrário, esse processo de construção do SUS envolveu principalmente um embate entre distintos entendimentos acerca do que seria saúde e, principalmente, do que seria o cuidado em saúde. Todas essas discussões sociais e filosóficas aconteceram juntamente da luta social em defesa de um sistema público de saúde que cuidasse da sua população a partir do paradigma da promoção da saúde, de forma também preventiva, e não apenas da recuperação da saúde, como era comum de ocorrer antes da criação do SUS e como ainda ocorre hoje na rede privada de saúde.

Em meio a essa complexa rede de cuidados está, dentre tantos outros, o profissional da Psicologia. Aqui, a história do Sistema Único de Saúde se articula à história da Psicologia no Brasil, pois os princípios e diretrizes do SUS iam de encontro às práticas de cuidado individualizantes que eram ainda as mais comuns nos consultórios de psicologia e psicanálise. Hoje, sabemos que uma parte considerável do mercado de psicólogos no Brasil é absorvida pelos serviços públicos de saúde, o que nos leva à necessidade permanente e inesgotável de refletir sobre o fazer dessa profissão nesse contexto.



Este trabalho busca justamente, através de revisão bibliográfica, revisitando a rica história da constituição do Sistema Único de Saúde no Brasil para então refletir sobre os princípios norteadores da prática do psicólogo em toda a Rede de Atenção Psicossocial (REAPS), de modo a manter viva as discussões iniciadas com a Reforma Psiquiátrica que se mostram ainda necessárias nos dias de hoje nas Unidades Básicas de Saúde, nos Centros de Atenção Psicossocial, nas Residências Terapêuticas e demais serviços nos quais os psicólogos contribuem com o seu olhar e sua intervenção, os quais não podem nunca deixar de serem colocados em análise.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **2.1 CONSOLIDAÇÃO DA MEDICINA E DA SAÚDE PÚBLICA NO MUNDO**

Para pensarmos a respeito da saúde pública no mundo e no Brasil é necessário, antes de tudo, que pensemos em como as práticas de saúde foram se constituindo ao longo da história, pois tal movimento nos ajudará a entender o espaço que as variadas concepções de saúde ocuparam e ocupam na sociedade.

Na Idade Média as práticas de saúde não eram exercidas no formato que conhecemos hoje. Os tratamentos eram feitos nas ruas e nas casas dos enfermos por pessoas que eram conhecidas pelas suas competências curadoras e tomadas como médicos (AMARANTE, 2003). Entre essas pessoas e os curandeiros quase não havia distinção, visto que ambos aplicavam técnicas como ventosas, sangrias, etc, e preparavam remédios. Não havia uma forma de regulamentação, mas, em vez disso, o que importava era ter o dom da cura, dado pelo divino.

Com o surgimento das cidades e do Estado – e, portanto, do cidadão – o ideal de salvar a alma é gradativamente substituído pelo de fortalecer a cidade, um espaço que aglomera pessoas, formando uma identidade comum (AMARANTE, 2003). No século XVIII, com o aumento da população urbana na Europa, se dá a deterioração do meio ambiente e uma crise de habitação, que geram as más condições de saúde e conseqüente adoecimento de grande número de pessoas. Há um aumento das

aglomerações: internos de hospitais, prisões, asilos, escolas, prostíbulos, etc. Nesse contexto surge a medicina moderna, que é, originalmente, uma medicina social (AMARANTE, 2003).

A Alemanha, por ter sido até o início do século XIX um Estado fraco, constituído por um conjunto de pequenas unidades com estruturas frágeis, preocupou-se em produzir conhecimentos, no século XVIII, dos quais o Estado se utilizou para assegurar o seu funcionamento. Aqui surge uma primeira medicina social, uma medicina de Estado, caracterizada por ser uma prática médica que visava não o tratamento de doenças, mas a melhoria do nível de saúde da população, a fim de fazer dos indivíduos verdadeiros componentes de uma nação. Essa medicina de Estado, que agora era regulamentada enquanto saber médico (incluindo a regulamentação da profissão e o surgimento dos primeiros médicos como funcionários do Estado e administradores sanitários) realizava quadros de morbidade populacional muito mais complexos do que apenas registros de natalidade e mortalidade. Foi constituída uma polícia médica, criada a fim de controlar as doenças por meio da vigilância do comportamento do corpo social, tomando esses corpos como máquina social do Estado. As profissões de saúde aparecem como operadoras dessa máquina, a serviço do Estado (AMARANTE, 2003).

Mais à frente no final do século XVIII, na França, era preciso organizar o corpo urbano num poder único e regulamentado para evitar os conflitos causados pela urbanização e pela industrialização. Para lidar com tais conflitos e com as questões sociais e sanitárias é que surge a medicina urbana, com os objetivos sanitários de identificar os locais causadores e reprodutores de doenças, controlar a circulação dos fluxos (água e ar) e organizar o sistema de água e esgoto para evitar proliferação de doenças. Não era, portanto, uma medicina curativa do corpo individual, mas que interferia no corpo social urbano.

No fim do século XIX, na Inglaterra, a industrialização intensificava o aumento populacional e a mortalidade. Ao mesmo tempo em que ocorria a acumulação de riquezas e o surgimento de grupos sociais dominantes, a pobreza passou a ser vista como ameaçadora à ordem pública, tanto como possível portadora e transmissora de

doenças quanto como possível força revolucionária (AMARANTE, 2003). Nesse contexto, em 1833 foi fundada a Lei dos Pobres, que possuía um caráter ambíguo: oferecia assistência médico-sanitária aos pobres, ao mesmo tempo em que os submetia ao controle das orientações médicas. Mais tarde, o decreto de Saúde Pública de 1875 instituiu um código sanitário que impunha medidas de controle de doenças e de lugares insalubres. Com essas medidas, a medicina social voltava-se para o trabalhador pobre, qualificando-o como mão-de-obra. A medicina da força de trabalho, da Inglaterra, serviu de modelo para muitas instituições de saúde pública e assistência social (AMARANTE, 2003).

Durante o período do final do século XVIII algumas mudanças também aconteciam na organização dos hospitais. Essas instituições deixavam de ser espaços religiosos, filantropos e de caridade para se constituírem enquanto instituição médica, através da criação do Hospital Geral de Paris em 1656, no contexto da medicina urbana. Nesse hospital eram internados todos os pobres, válidos ou inválidos para o trabalho. Por ser um espaço de exclusão e concentração de pessoas, era também um espaço de concentração de doenças e mortes, e por isso passou a ser visto também como lugar insalubre, por uma medicina que cumpria esse papel sanitário nas cidades. Não demorou para que essa mesma medicina social tomasse o hospital como um espaço que devia ser higienizado (AMARANTE, 2003).

Os médicos se utilizavam de uma metodologia de conhecimento fundamentada nas ciências naturais. Através do princípio de isolamento, que consiste em isolar o objeto a ser conhecido das interferências externas, conheciam e classificavam as doenças, de modo que o hospital se tornou um laboratório que permitia a classificação de doenças, fundamentada em um método científico naturalista. Tornou-se, também, um lugar de propósito de cura, e não mais de morte – antes, os doentes iam ao hospital não para serem curados, mas para esperarem a morte em um ambiente com cuidados cristãos. Mas é importante ressaltar que o objetivo da cura não era o da redução do sofrimento dos indivíduos, mas o de anular os efeitos nocivos no ambiente urbano (AMARANTE, 2003).

A presença dos médicos no cotidiano do hospital sistematizando informações a partir da observação da doença, a configuração do hospital não mais como espaço filantrópico, mas como terapêutico e a mudança da visão dos internados – de desafortunado para doentes – configuraram o espaço hospitalar como espaço científico (AMARANTE, 2003). Através desse processo de medicalização que o hospital passava foi possível o surgimento da clínica e da medicina moderna científica, bem como o surgimento da medicina anátomo-clínica: união da narrativa da doença feita pelo doente com a escuta médica e os exames de sintomas, a fim de identificar o funcionamento e causas das doenças. Desse modo, não é o sujeito doente que está em foco, mas o corpo dono de uma doença. O médico, como sujeito detentor do saber, torna-se dono do poder hospitalar e, dada as características dessa medicina, também do poder social (AMARANTE, 2003).

## **2.2 CONSOLIDAÇÃO DA MEDICINA E DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL**

No Brasil, é apenas no início do século XX que se dá o surgimento da saúde pública, mais precisamente em 1808, com a criação da primeira Organização Nacional de Saúde Pública (AMARANTE, 2003). Assim como nos supracitados países da Europa, a saúde pública no Brasil esteve sempre articulada ao contexto político e econômico – um Brasil de projeto progressista que esbarrava num sistema de saúde falho, nas epidemias de malária, febre amarela, varíola, etc. A população pobre, assim como nos demais países falados, era assistida pelos hospitais filantrópicos de caridade mantidos pela Igreja.

No período da Primeira República (1889-1930) foram feitas as campanhas de saneamento básico e vacinação em massa objetivando resolver as epidemias dos centros urbanos, uma ação essencial para o desenvolvimento do país. Como exemplo, em 1904 no governo de Oswaldo Cruz, foi elaborado o Código Sanitário, que estabelecia a desinfecção dos espaços públicos e domiciliares, a notificação constante das doenças contagiosas, a vacinação obrigatória e a polícia sanitária.

Ainda na Primeira República, na década de 20, foram feitas importantes inovações na assistência médica, com o sistema de Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que previa a criação de uma caixa de aposentadoria para os trabalhadores das empresas de estrada de ferro e estabelecia a obrigação dessas instituições de previdência de prestar socorro médico em caso de doença do contribuinte ou de familiar, vender medicamentos a preços diferenciados, aposentadorias e pensões aos filhos do contribuinte em caso de morte deste (MERHY, QUEIROZ, 1993). Trata-se de um acontecimento muito importante no âmbito das políticas públicas do Brasil, pois até então as ações de saúde estavam restritas às campanhas sanitárias. A partir da implementação da assistência médica, se inicia também o que se tornará uma marca da maior parte das políticas públicas de saúde no país: o direito à assistência médica como restrito ao trabalhador, e não ao cidadão brasileiro de forma geral. Apenas os trabalhadores participantes das CAPs têm acesso à assistência em saúde, de modo que os outros segmentos da população passam a ser excluídos.

Com a chegada de Getúlio Vargas ao poder na revolução de 1930 ocorre a substituição dos sistemas de CAPs pelos Instituto de Aposentadorias e Pensões-IAPS (MERHY, QUEIROZ, 1993). A gestão deixa de ser privada e o Estado passa a ser o administrador da previdência social; o sistema deixa de abranger apenas as trabalhadoras das estradas de ferro, portuários e marítimos para incorporar outros trabalhadores, como bancários, comerciários, entre outros; a organização da assistência passa a ser por categoria profissional, e não mais por empresa contratante. Mas apesar das várias mudanças, o novo sistema mantém a vinculação da assistência médica aos contribuintes da previdência, mantendo a exclusão dos demais setores da população (LUZ, 1991), como a população rural, doméstica, os desempregados e os autônomos. No fim do Estado Novo e redemocratização do país esse modelo não sofreu alterações, e sim foi reforçado, com a construção dos hospitais próprios dos IAPs (AMARANTE, 2003). No entanto, as redes de saúde estaduais e municipais passam a ofertar assistência médica aos excluídos do sistema, ainda que de qualidade inferior.



Um marco do momento que antecedeu o golpe militar de 1964 foi a realização da III Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1963. Nela foram apresentadas as propostas de criação de um sistema único de saúde para todos os cidadãos e do protagonismo da gestão desse sistema nos municípios. No ano seguinte, com o golpe militar no Brasil, muitas mudanças ocorreram na previdência e na assistência médica, como a fusão de todos os IAPs em um único órgão previdenciário: Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), responsável pelas aposentadorias, pensões e assistência médica de todos os segurados e seus dependentes. Novas categorias contribuintes foram inseridas no sistema, no entanto, em vez de aumentar a oferta de serviços públicos o governo contratou serviços de instituições privadas (LUZ, 1991). O governo financiava, através da Caixa Econômica Federal, a construção de vários hospitais, laboratórios e demais serviços privados, e posteriormente contratava esses mesmos serviços da iniciativa privada. Além disso, o Ministério do Trabalho e Previdência Social determinou o fim da participação dos trabalhadores na gestão do sistema, intervindo em todos os institutos (AMARANTE, 2003).

No governo Geisel, em 1974, houve a criação do Plano de Pronta Ação (PPA), que permitia o atendimento das pessoas que não eram contribuintes em casos de emergência e por meio de convênios com hospitais universitários. O objetivo disso, no entanto, parecia ser muito mais o favorecimento do setor privado do que a assistência à população excluída do sistema previdenciário. No ano seguinte, com a criação da Lei 6.229, foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), que definiu algumas estranhas dicotomias e separações de responsabilidade: o Ministério da Saúde ficava responsável pelas ações de prevenção, promoção, da coletividade e de caráter público; enquanto o Ministério da Previdência e Assistência Social estava responsável pelas ações de cura, assistência, a nível individual e de caráter privado.

Esse modelo entra em crise no início da década de 80 com a crise financeira da Previdência Social, situação que colocou em xeque a expansão das políticas sociais e a compra de serviços médicos ao setor privado. Ao mesmo tempo, os movimentos populares, os intelectuais do setor da saúde e de vários partidos de

esquerda e centro-esquerda – formadores do Movimento Sanitário – teciam críticas ao modelo de saúde vigente (LUZ, 1991). Esse movimento tinha o documento-base “A questão democrática da Área da Saúde”, que continha princípios e diretrizes para a área da saúde, e que foi apresentado pelo Centro Brasileiro de Estudos da Saúde no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde da Câmara dos Deputados, no qual, pela primeira vez, foi falado em um Sistema Único de Saúde (AMARANTE, 2003).

Também nesse simpósio foi feito o primeiro diagnóstico da assistência psiquiátrica no Brasil. A partir da crítica feita a esse tipo de assistência foram estabelecidas as bases do movimento de reforma psiquiátrica brasileira. Vale frisar que, nesse momento, a defesa do SUS e de um certo modelo de saúde era uma defesa também da democracia. Do mesmo modo, as críticas tecidas pelo Movimento Sanitário também atingiam os governos autoritários da época. Nesse sentido, as lutas por uma determinada concepção de saúde – uma saúde coletiva – não pode ser descolada de seu caráter eminentemente político.

Tentando se esquivar da crise do modelo assistencial, o governo militar busca alternativas, dentre as quais se destacam a política de planejamento e gestão conjunta entre os Ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social e da Educação com o Conselho Consultivo de Administração Previdenciária; os planos de reorientação da assistência médica, psiquiátrica e odontológica; e a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que rompem timidamente com o antigo modelo ao propor a descentralização dos serviços de saúde e a universalização do atendimento, assim como a participação social (AMARANTE, 2003).

A partir de 1985, com o fim da ditadura e o surgimento da Nova República, as AIS se tornam um eixo da política de saúde como um dispositivo de descentralização da saúde. O projeto do Movimento Sanitário, que antes era minoritário e de oposição, se torna uma agenda nacional de Estado e a tradição de exclusão dos não-contribuintes da previdência começa a se desfazer. Em 1987, através do decreto 94.657, foi criado o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que tinha dentre as suas diretrizes a universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde, a integralidade da assistência, a descentralização das ações de saúde, o

desenvolvimento de colegiados gestores para a participação de setores da sociedade, entre outras. Dessa forma, as políticas públicas de saúde caminhavam para a democratização e universalização do acesso aos serviços. Tratava-se de uma concepção de saúde enquanto coletiva – uma saúde de cada sujeito e das populações, produzida em um modelo co-gestivo em que usuários e trabalhadores estão inseridos no processo de sua produção (AMARANTE, 2003).

Com a Constituição de 1988 se dá o momento de rompimento mais intenso com a política de exclusão anterior: é instituído o Sistema Único de Saúde (SUS) como Política Nacional de Saúde, buscando garantir a universalização do direito à saúde e estabelecer diretrizes para organização do sistema de saúde, sob responsabilidade do Estado. Além disso, esse sistema visava o atendimento integral dos sujeitos e o foco nas atividades preventivas, mas sem negligenciar a assistência médica.

Com a aprovação das Leis Orgânicas da Saúde, no final da década 90, foi regulamentado o funcionamento do SUS, reforçando o papel dos municípios de planejar, organizar, controlar e avaliar as ações de saúde, assim como de gerir e executar os serviços. Nesse processo de municipalização foram muito relevantes os Conselhos de Saúde, dos quais um quarto dos membros eram os prestadores públicos e privados, um quarto eram os profissionais de saúde do SUS e dois quartos os usuários. Baseando-se nesses princípios de funcionamento, de universalidade do acesso, integralidade da atenção e regionalização dos serviços, os serviços da saúde pública no Brasil se constituíram verdadeiramente como um sistema único. O SUS representava várias conquistas – era resultado de lutas pela redemocratização do país e pela democratização da saúde, num mesmo movimento (AMARANTE, 2003).

O Ministério da Saúde, enquanto autoridade nacional executiva do SUS, regulamentou as primeiras normas para operacionalização do SUS, que instituíam distribuição de recursos, teto de financiamento, repasses de verbas, normas de prestação de contas e a exigência de conselhos e conferências para garantir a participação e controle social. Gradativamente, através dessas Normas Operacionais Básicas (NOBs), a autonomia da gestão do SUS por parte dos gestores estaduais e municipais aumentava. A Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS) de 2001

ampliou a responsabilidade dos municípios na atenção básica, regionalizou a assistência (por exemplo, com consórcios) e fortaleceu a capacidade de gestão do SUS.

Com tantas normas de funcionamento e níveis hierárquicos de organização o SUS pode parecer apenas mais uma instituição burocrática do Estado. E se unirmos essa análise ao papel que a saúde pública prestou nos países da Europa e no Brasil – o de servir a interesses do Estado de manutenção de uma certa ordem econômica – tenderemos a vê-lo como uma verdadeira máquina de Estado. No entanto, ao conhecermos a história da saúde pública no Brasil e o processo de constituição do SUS, é possível perceber o seu caráter fortemente político de enfrentamento dos poderes instituídos (de governo, de assistência médica, etc) e de reinvenção dos modos de pensar a saúde.

## **2.2 A REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (REAPS)**

Os serviços do SUS, visando garantir a integralidade do cuidado, articulam-se em diferentes Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são um conjunto de redes de serviços de diferentes densidades tecnológicas e níveis de complexidade, mas que dialogam entre si – pois, como numa rede, permanecem interligados. Nenhum dos dispositivos de cuidado funciona fechado em si mesmo, e estando em rede, aumentam sua potência de cuidar de forma integral.

A Rede de Atenção Psicossocial é uma rede de saúde mental, articulada em diferentes pontos da atenção à saúde, que presta assistência a pessoas em sofrimento mental, com demandas advindas de transtornos mentais e/ou por consumo de álcool e outras drogas. Caracteriza-se por uma premissa de tentar se adequar às necessidades e realidade do usuário e da família, em vez de tentar fazer com que eles se adequem aos serviços. Desse modo, atua na perspectiva territorial. Seu modo de organização objetiva promover a vinculação das pessoas em sofrimento mental com os diferentes pontos de atenção das redes de saúde no território, ampliando o cuidado



à população por meio do acolhimento, acompanhamento contínuo e atenção às urgências.

Na REAPS, como apontado no caderno de Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos no CAPS, “mais que um conjunto de serviços a rede é, de modo muito sutil e sensível, aquilo que a anima, a pulsação do desejo de cada um dos sujeitos, protagonistas das cenas da desinstitucionalização” (p. 103). Nesse sentido, A REAPS tem como diretrizes: garantir a autonomia do usuário e exercício da cidadania; promover a equidade; garantir o acesso ao cuidado integral e assistência multiprofissional em serviços de base territorial; ofertar cuidado de acordo com as necessidades de pessoas com transtornos mentais e usuários de substâncias psicoativas; e garantir que tudo isso seja estabelecido em ações intersetoriais, a fim de garantir a integralidade do cuidado. Observando sua estrutura, é possível perceber o conceito de rede aplicado, ao notar que os serviços da REAPS se articulam em redes de atenção variadas:

- Atenção Básica em Saúde: Unidade Básica de Saúde; Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); Consultório na Rua; Centros de Convivência e Cultura; Apoio aos serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório.
- Atenção Psicossocial Estratégica: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)
- Atenção de Urgência e Emergência: Os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Urgência: SAMU, Sala de Estabilização, UPA 24 horas, as portas hospitalares de atenção à urgência, as Unidades Básicas de Saúde, etc.
- Atenção Residencial de Caráter Transitório: Unidade de Acolhimento; Serviço de Atenção em Regime Residencial.
- Atenção Hospitalar: Enfermaria especializada em Hospital Geral; Serviço Hospitalar de Referência para atenção às pessoas com sofrimento mental.
- Estratégias de Desinstitucionalização: Programa de Volta para Casa; Residências Terapêuticas.
- Estratégias de Reabilitação Psicossocial: Iniciativas de Geração de Trabalho e Renda; Empreendimentos Solidários e Cooperativas Sociais.

### **2.3 O PROFISSIONAL PSICÓLOGO NA REDE DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (REAPS)**

E em meio a essa grande rede de conexões no cuidado à saúde da população, de que modo está inserido o fazer da Psicologia? Toda a contextualização histórica acerca do SUS feita até aqui serve principalmente para explicitar que defender/trabalhar/utilizar o SUS implica em se posicionar em defesa de um determinado modelo de cuidado, que dentre tantas coisas, enfatiza a autonomia dos sujeitos usuários do serviço. É neste mesmo debate que insiro a reflexão acerca da pratica do profissional psicólogo no SUS, para quem o debate da autonomia se faz ainda mais caro, tendo em vista que se trata de uma característica eminentemente humana e sem a qual seria impossível falar em saúde mental.

Para refletirmos sobre isso, lançarei mão de um documento feito pelo Conselho Federal de Psicologia para a categoria dos psicólogos e para a sociedade em geral, que visa construir uma referência sólida e crítica para a atuação da Psicologia na área da Atenção Psicossocial, mais especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. O documento intitula-se “Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial” e aborda o cenário da Reforma Psiquiátrica e da trajetória das conquistas de políticas públicas de saúde e saúde mental no Brasil, entendendo a Psicologia como uma profissão que estimula a produção de sentidos livres de relações tutelares e manicomiais. Se organiza em Introdução e IV eixos, os quais optei por especificar aqui para a melhor compreensão possível desta cartilha: Eixo I- Dimensão Ético-Política das Políticas de Saúde Mental; Eixo II- Psicologia e Políticas Públicas de Saúde Mental: a Necessária Mudança de Perspectiva; Eixo III- a Atuação da(o) Psicóloga(o) na Política do CAPS e Eixo IV- Gestão do Trabalho.

Na Introdução é feita uma apresentação do que são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a saber, instituições que prestam assistência a pessoas com sofrimento psíquico grave e persistente, sempre em busca da integração dos usuários

do serviço a um ambiente social e cultural concreto designado como o seu território, tendo como preceito substituir as relações tutelares pelas relações contratuais.

No eixo I são feitas considerações sobre as políticas de saúde no Brasil e sobre sua articulação com a Psicologia, enfatizando o processo de construção dessas políticas como resultado de um permanente tensionamento entre os anseios da sociedade e direção do Estado Brasileiro, um tema que nos aprofundamos nas sessões anteriores deste artigo.

O Eixo II fala sobre os processos sócio-históricos da inserção da Psicologia nas políticas públicas e na Reforma Psiquiátrica. Levando em conta a multiplicidade de abordagens teóricas da Psicologia, esse eixo dedica uma sessão para orientações a respeito do referencial teórico que guiará as práticas desses profissionais na rede substitutiva de saúde mental. Não aponta precisamente uma ou outra abordagem, mas sim caminhos que se devem seguir e evitar, sempre em compromisso com as diretrizes orientadoras do processo da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, é necessário que sejam recusadas as referências que apontem no sentido da normalização do sujeito, para, em vez disso, apostar em perspectivas produtoras de saúde, transformadora de subjetividades, sempre na direção da emancipação dos sujeitos, e não de uma mera adaptação. Um referencial que tenha um projeto ético orientado para a diversidade e que defenda uma cidadania que não pretenda tornar o louco um sujeito de razão, mas sim que inclua a pluralidade e a singularidade das formas de vida.

No eixo III, discute-se a atuação do(a) psicólogo(a) nos CAPS, a qual deve ser sempre de oposição à exclusão como método de tratamento, oferecendo manejos criativos e singulares para contornar o sofrimento mental. A atuação nos CAPS, em essência, é sempre um embate de paradigmas de cuidado com o sofrimento mental, um embate entre tradição e invenção do cuidado. É possível afirmar, portanto, que uma atuação de cuidado no CAPS é adequada quando não se configura como obstáculo à pluralidade da vida, da singularidade, da cidadania e da liberdade. Esta última, inclusive, é tida como ponto de partida da clínica nos CAPS – cuidar em liberdade é uma diretriz de toda a REAPS. Se inicia na substituição de uma arquitetura

que segrega pelo direito à cidade: tratar sem trancar, tratar na cidade, se apoiando nos laços e redes sociais que sustentam a vida de cada usuário.

Liberdade e responsabilidade, portanto, são conceitos orientadores para a prática dos profissionais de saúde mental, incluindo os psicólogos. Parecem diretrizes óbvias, tendo em vista todo o processo da Reforma Psiquiátrica, mas no dia-a-dia são extremamente comuns os chamados “manicômios da mente”, que ultrapassam as estruturas físicas de um manicômio e atinge as práticas de cuidado dos trabalhadores até mesmo dos CAPS.

Por fim, no eixo IV, é discutido o processo de gestão dos serviços e processos de trabalho nos CAPS. Para a consolidação e êxito das políticas públicas de saúde é fundamental que haja gestão participativa, que o profissional que ocupa o papel de gestor envolva a participação de todos os atores sociais do SUS, buscando a construção de consensos de forma coletiva, sempre em respeito aos princípios constitucionais que regem o SUS. Portanto, a gestão do trabalho no SUS deve ser norteada pelos seguintes princípios: trabalho em equipes multiprofissionais; a atenção e cuidado integral ao sujeito visando sua autonomia; o acolhimento e referência; o vínculo e co-responsabilidade pelo cuidado; e a participação do usuário na gestão do serviço.

### **3. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Vimos que discutir as políticas públicas de saúde no Brasil é trabalho de grande complexidade, seja pelas diversas lutas que foram travadas para que fosse possível sua constituição, pelo elevado número de serviços do SUS ou pela constante disputa política acerca do que seja e de como ofertar cuidado.

Dentro desse espaço vivo da saúde pública, as atuações do psicólogo são diversas, mas, como vimos, devem sempre estar voltadas para promover simultaneamente o cuidado e a autonomia dos sujeitos através de ações no território que propiciem o fortalecimento dos vínculos sociais, em vez de promover o isolamento. Ações que vão na direção da produção de um cuidado que considere o



contexto e singularidade de cada subjetividade, e que sejam desprendidas de julgamentos e tratamentos pautados em moralidades. Isso contribui para um protagonismo de fato dos usuários, capaz de fomentar a construção de autonomias e a geração de usuários mais críticos e livres, donos e protagonistas de suas histórias. (BRASIL, 2010)

A(o) psicóloga(o) deve ter como direcionamento das suas ações a promoção da liberdade, dignidade e integralidade do ser humano, visando promover a saúde das pessoas e coletividades e contribuindo para eliminar quaisquer formas de violência e opressão nas práticas que se dizem de cuidado, segundo o Código de Ética do Psicólogo (Resolução do Conselho Federal de Psicologia de nº 010/05). Há de se ter, nesse sentido, um compromisso ideológico com a Reforma Psiquiátrica, para que esses profissionais estejam libertos dos “manicômios da mente” que fazem com que práticas de criminalização, violência e tutela dos manicômios sejam realizadas ainda hoje com os usuários da Rede de Atenção Psicossocial.

A realização deste trabalho também aponta desafios nesse caminho de atuar de modo ético, pois este cuidado produtor de autonomia não é tarefa fácil e é vastamente discutido no campo da Psicologia e da Filosofia. O primeiro desafio, que penso ser um dos mais intensos, é a problemática já citada de se libertar dos manicômios da mente – essas práticas de violência e tutela historicamente exercidas sobre os usuários, e que ainda hoje se manifestam ainda que de forma mais sutil, muitas vezes disfarçada de cuidado. Há o desafio de, diariamente, desconstruir essa lógica entre a equipe profissional, família e o próprio usuário.

Essa questão se articula diretamente com o que penso ser outro desafio da atuação do psicólogo nesses serviços: a formação que esses profissionais possuem. Os psicólogos ainda são formados, predominantemente, dentro de uma proposta de clínica tradicional, centrada no indivíduo, com intervenções de durações muito longas e com técnicas, em geral, importadas de outras realidades de valores sociais completamente distintos das populações que buscam as instituições públicas no Brasil. Desse modo, tornam-se profissionais sem ferramentas teóricas, técnicas e críticas para atuar no SUS, buscando, muitas vezes, reproduzir esse modelo de clínica

individualizante nos serviços. Caminham, portanto, num sentido contrário às diretrizes do SUS, que aposta em práticas integradas, multidisciplinares e intersetoriais dos trabalhadores, produzindo saúde no território e com os laços sociais dos usuários.

Por esta razão, é preciso desinstitucionalizar os saberes homogêneos da formação acadêmica de Psicologia que tomam um saber como verdade absoluta, e fazer essa formação entrar em contato com o paradigma da Saúde Pública e demandas do SUS, sempre lembrando que o psicólogo deve privilegiar ações de caráter coletivo, integrando equipes multiprofissionais, usuário e família, com saberes que dialoguem com as realidades em jogo e com múltiplas dimensões de saúde.

Por fim, um último elemento que entendo como desafio não pode ser ignorado, embora amplie demais o debate por dizer respeito a questões da macropolítica. Atualmente, com os cortes de gastos na saúde e consequente desmantelamento do SUS, vemos, na saúde mental, o desinvestimento em programas como, por exemplo, o da Redução de Danos, perda de leitos, poucas vagas para atendimento noturno de sujeitos em situação de rua, equipe reduzida de trabalhadores, contratos breves que levam à alta rotatividade de profissionais, o que prejudica o vínculo com os usuários, fator de extrema relevância para um tratamento eficaz; entre tantas outras carências que passam a se intensificar, fruto de uma política nacional que flerta cada vez mais de perto com a lógica manicomial – questão escancarada, por exemplo, com a Nota Técnica nº 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS publicada pelo Ministério da Saúde no dia 04 de Fevereiro de 2019, a qual, por exemplo, apresenta a ênfase dos investimentos e incentivos do governo federal em saúde mental na reabertura de leitos em hospitais psiquiátricos e incentivos à prescrição e realização de ECT (eletroconvulsoterapia), práticas que caminham na direção contrária à da Política Nacional de Saúde Mental.

Tudo isso se caracteriza, inegavelmente, como um forte desafio para a atuação não só do psicólogo, mas dos trabalhadores da saúde de forma geral. Por isso, mantendo um forte compromisso com uma prática ética e libertária, com a saúde como direito de todos, e com a Reforma Psiquiátrica, sigamos lutando, escrevendo e revivendo a história do encontro da Psicologia com as Políticas Públicas de Saúde, a

fim de que os seus efeitos na prática profissional do psicólogo não sejam esquecidos e apagados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. **Saúde mental, políticas e instituições**: programa de educação à distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília, 2013.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 6ª.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

COELHO, M. T. Á. D., & ALMEIDA FILHO, N. D. **Normal-patológico, saúde-doença**: revisitando Canguilhem. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 9, 13-36, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Referências Técnicas para a Atuação de Psicólogas (os) no CAPS - Centro de Atenção Psicossocial**. Brasília, 2013.

MERHY, Emerson E.; QUEIROZ, Marcos S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, p. 177-184, 1993.