

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INISA - INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCELLA NAGLIS DE OLIVEIRA LIMA

A EXPERIÊNCIA DA PSICOLOGIA EM UM NÚCLEO DE ATENDIMENTO EM
SAÚDE MENTAL, ANEXO À UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

CAMPO GRANDE
2019

MARCELLA NAGLIS DE OLIVEIRA LIMA

A EXPERIÊNCIA DA PSICOLOGIA EM UM NÚCLEO DE ATENDIMENTO EM
SAÚDE MENTAL, ANEXO À UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, sob orientação de Prof. Dra. Maria Elizabeth Araújo Ajalla e coorientação de Prof. Dra. Marisa de Fátima Lomba de Farias.

CAMPO GRANDE
2019

MARCELLA NAGLIS DE OLIVEIRA LIMA

A EXPERIÊNCIA DA PSICOLOGIA EM UM NÚCLEO DE ATENDIMENTO EM SAÚDE MENTAL, ANEXO À UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

DATA DE APROVAÇÃO: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a Maria Elizabeth Araújo Ajalla – UFMS

Prof.^a Dr.^a Marisa de Fátima Lomba de Farias – UFGD

Prof.^a Dr.^a Débora Dupas Gonçalves do Nascimento – FIOCRUZ/MS

Prof. Dr. Ilídio Roda Neves - UFMS

**Dedico aos meus avós, meus pais e ao
meu irmão.**

**Àqueles que vibram comigo os
sucessos de minha jornada.**

*"Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível, e de repente você
estará fazendo o impossível."*

São Francisco de Assis

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente quem fez parte de tudo desde o início, que contribuiu para que esse processo se tornasse transformador em minha jornada. É possível ter leveza em meio a assuntos tão sérios e necessários!

A responsabilidade de seguir com essa titulação me faz refletir sobre todas as possibilidades ao mergulharmos e escolhermos imergir em um Mestrado: o olhar do pesquisador e de sua não neutralidade, a importância de uma orientação objetiva e coerente, o respeito ao campo pesquisado, a construção do conhecimento quando teoria e prática se encontram, e dentre tantas outras coisas, o mais importante: as pessoas que sempre estiveram ao meu lado.

Eu começo a agradecer obviamente à Deus que me surpreende com seus presentes divinos, mas a um Deus que me desafia também, que coloca situações em meu caminho para que eu possa aprender a cada dia.

Importante citar aqui pessoas chaves que participaram desse processo de forma direta e indireta. A começar pelos meus pais Marcelo e Claudia, que me deram a vida e investiram em minha educação, confiando em meu potencial, são pessoas que me inspiro e tenho orgulho por serem quem são.

Cabe aqui fazer um agradecimento reverenciando todos que participaram, desde o início desta escolha. Ainda na graduação, na Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), tive um professor e supervisor de estágio que me incentivou a conduzir grupos e a estudar mais sobre a psicologia no campo da saúde pública, Eduardo Peliccioli, o qual confiou em meu trabalho e me apresentou o Núcleo de Psicologia.

Após conhecer o Núcleo, conheci também pessoas marcantes que me ensinaram muito, as quais devo o meu agradecimento: Frei Wanderley, Isabel e Socorro Pompílio, foram extremamente solícitos e me apoiaram do início ao fim por meio de orientações, conversas e esclarecimentos.

Ao decidir o tema da pesquisa e ingressar no Mestrado, conheci a minha orientadora Maria Elizabeth Ajalla, a qual sou muito grata, pois teve muita paciência, objetividade e clareza, sendo fundamental para que a pesquisa permeasse por um bom caminho teórico e prático. Agradeço também à minha co-orientadora Marisa de Fátima Lomba de Farias, que aceitou esse desafio e colaborou muito, de maneira muito cuidadosa e respeitosa.

Aos meus colegas do Mestrado, que também decidiram embarcar nessa jornada comigo, sabemos que não foi fácil, mas mesmo assim nos mantemos firmes em nossos objetivos e propósitos. À eles o meu agradecimento por sermos um grupo forte e nos apoiarmos nos momentos difíceis.

Aos meus pacientes, que me apoiaram e vibraram comigo essa conquista, confiando na profissional que sou, colaboraram também para que tudo fosse possível.

Às minhas terapeutas, às pessoas que cuidaram de minha saúde física e mental, tão necessária para que eu pudesse dar continuidade com os estudos e a pesquisa, pois era preciso estar inteira e presente para que tudo acontecesse com muita qualidade.

Às minhas amigas, amigos e namorado, pela compreensão no que se refere a minha disponibilidade de tempo, que foi tomada nestes últimos anos pelos estudos e que, mesmo assim estavam sempre dispostos a me acolherem e me apoiarem quando necessário.

Às parcerias encontradas ao longo da jornada do Mestrado: pessoas que me apoiaram nos cursos que fiz, nos processos burocráticos, nos momentos desafiadores, enfim, em momentos em que eu precisava de motivação, incentivo e clareza, no qual essas pessoas contribuíram de uma forma muito humana comigo!

Muita gratidão à tudo e à todos! Me considero muito abençoada em ter todas essas pessoas e oportunidades que tive!

LIMA, M. N. A experiência da psicologia em um Núcleo de atendimento em saúde mental, anexo à uma Unidade Básica de Saúde da Família, 2019. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2019.

RESUMO

Apesar dos avanços e das conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS), permanecem desafios na promoção de práticas e ações relacionadas à saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS). Faz-se necessário ampliar o conceito de saúde mental como uma condição de saúde integrada ao indivíduo e não como forma individualizada e fragmentada. Considera-se relevante conhecer experiências de serviços desta área, os quais proporcionam atendimentos psicológicos aos usuários em um Núcleo de Psicologia. Portanto, temos como objetivo nesta pesquisa conhecer o serviço e as práticas psicológicas realizadas neste Núcleo de atendimento em saúde mental, localizado anexo à uma Unidade Básica de Saúde da Família, no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Este serviço possui uma equipe de psicólogos que trabalham de forma voluntária, os quais atendem usuários do SUS, com interesse e necessidade em acompanhamento psicológico. Trata-se de um estudo de caso descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, com base em dados primários. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com os participantes inseridos no contexto do Núcleo: a) um coordenador; b) seis psicólogas e dois psicólogos; c) quinze usuárias e três usuários, sendo utilizada amostragem por conveniência com estes últimos. A organização e análise dos dados foi orientada pela perspectiva do construcionismo social, o qual possui foco na perspectiva histórica e social, evidenciando as percepções dos participantes, cujas descrições colaboraram para a construção do conhecimento em pesquisa. Este estudo permitiu discutir e refletir sobre as crescentes demandas em saúde mental, bem como compreender as práticas e ações na área da psicologia desenvolvidas no Núcleo, identificando como a comunidade se relaciona com a oferta deste serviço. Identificou-se que, por mais que o Núcleo esteja atendendo a demanda da comunidade, percebe-se dificuldades e fragilidades, necessitando de estruturação no serviço. Portanto, vale repensarmos sobre os modos de se produzir saúde, considerando as conjunturas atuais, junto a necessidade de reestruturar as propostas em saúde mental nos serviços de psicologia.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Unidade Básica de Saúde da Família. Saúde da Família. Saúde Mental. Psicologia.

LIMA, M. N. Experience of psychology in a mental health assistance service, attached to a Basic Family Health Unit, 2019. Dissertation (Family Health M.A) - Federal University of Mato Grosso do Sul, Campo Grande 2019

ABSTRACT

In spite of the advances and achievements of the Sistema Único de Saúde - SUS- (Brazilian Unified Health System), challenges concerning the promotion of practices and actions mental health in the Health Primary Care (HPC) still remain. It is necessary to enhance the concept of mental health as a health condition as part of the individual, in instead of a fragmented and individualized aspect. This is why it is relevant to learn about work experiences in this area, which provide psychological assistance to the users of a psychology service. Thus, this research aims to know the service and psychological practices carried out in this psychology service next to a Family Health Basic Unit in the city of Campo Grande, Mato Grosso do Sul state. This service has a team of psychologists working voluntarily, assisting users of SUS with an interest and in need of psychological assistance. This is a descriptive, exploratory case study of qualitative approach, based on primary data. An individual semi structured interview was conducted with participants connected to the psychology service: a) one coordinator, b) six female psychologists and two male psychologists, c) fifteen female users and three male users. Convenience sampling was used with the latter. The organization and data analysis was based on social constructionism, which focuses on historical/social perspective, evidencing the participant's perceptions, whose descriptions contribute to build the research knowledge. This study allowed us to discuss and reflect upon the growing mental health demands, as well as understand the practices and actions in the psychology area developed by the service, identifying how the community relate to the offer of this service. It was possible to realize that although the service has been assisting the community demands, it has difficulties and weaknesses, requiring structuring as a service. Therefore, it is worth rethinking the ways of producing health, considering the present conjuncture along with the need to restructure the solutions for mental health in the psychology services.

Key words: Health Primary Care. Family Health Basic Unit. Family Health. Mental Health. Psychology.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Figura Ilustrativa da localização da UBSF São Francisco e Núcleo de Psicologia.....	40
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 01. Acesso ao atendimento dos usuários entrevistados e atendidos no Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no ano de 2018.....	59
Tabela 02. Tempo de acompanhamento psicológico dos usuários entrevistados e atendidos no Núcleo de psicologia da UBSF São Francisco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, ano de 2018.....	64
Tabela 03. Perfil demográfico e social dos usuários entrevistados e atendidos no Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no ano de 2018.....	66
Tabela 04. Perfil social e econômico dos usuários entrevistados e atendidos do Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no ano de 2018.....	69
Tabela 05. Perfil do profissional da psicologia, segundo idade, ano de formação e tempo de atuação no Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco, Campo Grande, MS, no ano de 2018.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS – Atenção Primária à Saúde
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
MIFRA - Missão Franciscana de Mato Grosso do Sul
NASF AB – Núcleo Ampliado da Saúde da Família e Atenção Básica
ODM - Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
PMCG – Prefeitura Municipal de Campo Grande
PTS – Projeto Terapêutico Singular
RAPS – Rede de Atenção Psicossocial
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SESAU – Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família
UCDB - Universidade Católica Dom Bosco
UPA - Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 REVISÃO DE LITERATURA	19
2.1 Atenção Primária à Saúde	19
2.1.1 Unidades Básicas de Saúde	21
2.1.1.1 A Unidade Básica de Saúde da Família São Francisco	22
2.2 Saúde Mental	24
2.3 A atuação da Psicologia na Atenção Primária à Saúde	27
3 OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo geral	31
3.2 Objetivos específicos	31
4 MÉTODOS	32
4.1 Tipo da pesquisa	32
4.2 Local da pesquisa	32
4.3 Participantes do estudo	32
4.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados	33
4.5 Organização e análise dos dados	35
4.6 Aspectos éticos	39
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	40
5.1 O Núcleo de Psicologia e a UBSF São Francisco: integração ou desintegração?	40
5.2 O contexto da história, funcionamento, infraestrutura e características do Núcleo de Psicologia	45
5.3 Saúde mental no Núcleo de Psicologia: demandas e mecanismos para o acesso ao atendimento	59
5.4 A construção do conhecimento sobre o usuário atendido no Núcleo de Psicologia	65

5.5 A construção do conhecimento sobre o psicólogo voluntário do Núcleo de Psicologia	71
5.5.1 O Núcleo de Psicologia: um espaço para o profissional da psicologia exercer o voluntariado e se apropriar do conhecimento.....	72
5.5.2 A formação dos profissionais da psicologia como porta de entrada para o trabalho no Núcleo de Psicologia	76
5.6 A saúde mental no Núcleo de Psicologia: (des)estruturas e (des)construções	78
5.6.1 A saúde mental como uma condição: quebra de paradigmas e acessibilidade.....	81
5.6.2 O acompanhamento psicológico do usuário no Núcleo de Psicologia: motivos da busca e relatos do processo psicoterapêutico	85
5.6.3 A relação que se constrói entre psicólogo e usuário relacionada ao processo psicoterapêutico no Núcleo de Psicologia	99
5.6.4 Sugestões dos participantes relacionadas ao Núcleo de Psicologia	104
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
7 REFERÊNCIAS	114
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos	120
Apêndice A – Entrevista com o coordenador do Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco	121
Apêndice B – Entrevista com o psicólogo do Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco	122
Apêndice C – Entrevista com o usuário do Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco	123
Apêndice D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE	124

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços e das conquistas do Sistema Único de Saúde (SUS), ainda existem desafios na promoção de práticas e ações em saúde mental na Atenção Primária à Saúde (APS).

As práticas em saúde não devem se constituir apenas na perspectiva do contexto físico e biológico, advindo do modelo biomédico, mas sim de uma perspectiva biopsicossocial, a qual gerencia ações que ampliam um olhar para a singularidade do usuário (CRUZ, 2009).

No contexto da APS, no Brasil, dados demonstram a necessidade de considerar o psíquico como parte integrada em saúde, cuja realidade trata de que 33% a 56% dos usuários atendidos podem apresentar sintomas de transtornos mentais comuns (BRASIL, 2004).

Contudo, as condições mentais têm sido ignoradas no setor primário, tornando-se uma questão social a ser discutida, podendo acometer pessoas de diversas etnias, classes econômicas e territórios distintos. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

No entanto, segundo Dias e Silva (2016), é fundamental um olhar para a saúde mental como parte de uma condição de saúde geral de toda a comunidade e não de forma individualizada e fragmentada ao sujeito.

Sendo assim, diante de tais desafios nos contextos atuais, é de extrema relevância conhecer serviços, intervenções e ações que estão sendo realizadas na área da saúde mental no âmbito da Atenção Primária, cujo setor se estrutura como porta de entrada do usuário, com a proposta de promover saúde de forma integral, prevenindo agravos e doenças.

Diante desta perspectiva, cabe apresentar e introduzir o serviço de saúde mental chamado Núcleo de Psicologia, localizado em anexo à Unidade Básica de Saúde São Francisco, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. O Núcleo possui uma equipe de profissionais que trabalha de forma voluntária, dentre eles, psicólogas e psicólogos, os quais atendem usuários e usuárias que possuem necessidade de acompanhamento psicológico.

Peço licença para introduzir este trabalho, relatando a minha história relacional com este Núcleo de Psicologia. Enquanto cursava a graduação em Psicologia pela Universidade Católica Dom Bosco (UCDB), escolhi este local para ser uma de minhas experiências no estágio.

Sentia que o Núcleo de Psicologia era um campo de aprendizado e aquisição de conhecimento, um espaço de construção de saber muito peculiar, principalmente por escutar das pessoas atendidas, que o serviço tinha uma característica muito marcante de cuidado em saúde, representada especialmente pelo acolhimento. Esta e outras características me chamaram muita atenção, decidindo então que este serviço seria meu campo de estudo e projeto de pesquisa para ingresso no Mestrado.

No entanto, é preciso considerar aqui um contexto peculiar, pois, de certa forma, eu estava inserida no contexto do voluntariado como profissional da psicologia, o que pode influenciar em algumas limitações quanto às problemáticas e construções críticas sobre o serviço. Todavia, devemos considerar que, em toda a pesquisa não há totalidade de neutralidade, portanto, houve uma postura de muito cuidado, não negando quaisquer subjetividades, para manter a coerência da pesquisa e dos resultados apresentados.

De início, o que me norteou foram esses questionamentos: Qual o impacto do serviço do Núcleo para a comunidade? De que forma esse serviço tem sido útil para a população atendida? O que faz esses usuários chegarem até o Núcleo, quem encaminha, quem fala sobre esta instituição? O que faz esses usuários se deslocarem de tão longe e relatarem que este acompanhamento faz tão bem a eles? Como é para esses usuários terem acesso à psicologia, considerando a atuação desses profissionais de forma voluntária? O que pensam, sentem e esperam esses psicólogos voluntários que estão atuando neste serviço de saúde mental? E, por fim, qual a relevância que esta pesquisa poderia ter para outras Unidades de Saúde e para a comunidade?

Desta forma, uma série de perguntas foi reformulada, para que o estudo pudesse atender à realidade social, diante do contexto de ser um serviço de saúde mental, inserido na estrutura física de uma UBSF.

As perguntas são caminhos iniciais e importantes para a pesquisa, bem como as estratégias utilizadas na coleta de dados e aprofundamento do pesquisador em

seu contato com o campo pesquisado. Para realizar o estudo de fenômenos diante de uma realidade social, é preciso um ritmo particular, construindo perguntas que se integram com o estudo (MINAYO, 2012; MINAYO, 2000).

Desta forma, os questionamentos foram se afinando e a pesquisa tomando corpo, com o estudo se constituindo em etapas. Inicialmente, explorar o campo de pesquisa foi extremamente necessário, sendo realizada uma pesquisa documental com base nos registros de dados do Núcleo.

De acordo com McNamee (2014), somos convidados a pensar sobre quais tipos de mundo estamos criando quando nos engajamos em uma pesquisa, bem como, quais são os tipos de entendimentos e conhecimentos produzidos em um processo de investigação. Para Minayo (2000), para que esse mundo seja criado, um dos trabalhos fundamentais é o de campo, no qual o pesquisador transporta a construção teórica e epistemológica e as coloca em relação direta com os participantes.

Posteriormente, foram construídas as entrevistas individuais semiestruturadas que foram realizadas com os participantes da pesquisa, que estão no contexto do Núcleo de Psicologia: o coordenador do serviço, usuários e usuárias; psicólogas e psicólogos voluntários. Ambos participaram de forma colaborativa no processo de pesquisa.

A terceira etapa foi organizar e analisar os dados de forma qualitativa, realizando uma análise dos discursos e falas, a qual foi orientada pelo construcionismo social, teoria e abordagem que tem seu foco na produção histórica e social, na construção da identidade do indivíduo, valorizando tradições, culturas e relações como significados e produções de linguagem no cotidiano.

Ao longo da pesquisa, percebemos que o estudo nos entrega diversos temas a serem discutidos, refletidos e continuados, os quais chamam atenção para a construção de novas possibilidades no contexto da saúde mental na APS, de forma micro e macro política. Convido você, leitor, a embarcar em uma jornada de reflexões e questionamentos acerca deste assunto tão intrigante e necessário a ser discutido atualmente.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Atenção Primária à Saúde

Apesar de o Brasil ser um país com uma história de resistências a reformas sociais populares, houve a implantação do SUS, um desafio político e organizacional, decorrente da reforma sanitária, com diretrizes que se baseiam no direito à saúde, universalidade e integralidade da atenção, bem como a hierarquização dos níveis de atenção à saúde¹ (CAMPOS, 2009).

São princípios e diretrizes do SUS e da Rede de Atenção à Saúde (RAS) a serem operacionalizados na Atenção Primária em Saúde:

Art. 3º I - Princípios: a) Universalidade; b) Equidade; e c) Integralidade. II - Diretrizes: a) Regionalização e Hierarquização; b) Territorialização; c) População Adscrita; d) Cuidado centrado na pessoa; e) Resolutividade; f) Longitudinalidade do cuidado; g) Coordenação do cuidado; h) Ordenação da rede; e i) Participação da comunidade (BRASIL, 2017, p.2).

A APS é considerada como o nível de atenção à saúde que oferece a principal porta de entrada do usuário no SUS. Para atendimento às suas demandas e necessidades, aborda problemas comuns à comunidade, oferecendo práticas de promoção de saúde e prevenção de agravos, na busca pela saúde e bem-estar (STARFIELD, 2002).

É necessário apresentar, então, as ações da APS como um conjunto que envolve o campo individual, familiar e coletivo, desenvolve práticas de cuidado integrado com o intuito de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. Tais ações são definidas e dirigidas à população conforme o território diante das responsabilidades sanitárias e das equipes multiprofissionais (BRASIL, 2017).

¹ A Política Nacional de Atenção Básica considera os termos 'Atenção Básica' e 'Atenção Primária à Saúde' como equivalentes. Neste estudo, utilizaremos o termo 'Atenção Primária à Saúde'.

A APS confere ênfase na integralidade da articulação de saberes e diálogos interdisciplinares, possibilitando serviços que complementem e promovam uma política de atenção voltada ao cuidado de uma maneira integral. É competência da APS garantir a continuidade do serviço por meio da equipe, de forma responsabilizada, bem como atender as diversas demandas de ordem biológica, psicológica e social (CAMPOS e CUNHA, 2011; LAVRAS, 2011).

De acordo com o estudo de Dourado, Medina e Aquino (2013), apenas 35,5% da população brasileira costuma buscar a APS como uma fonte de cuidados quando necessita de atendimento à saúde. Esta realidade representa barreiras na conquista de ofertas de serviço com base na longitudinalidade, cujo princípio é definido pelo acompanhamento contínuo do usuário e sua relação de vínculo com o profissional da APS, essencial para uma melhor adesão ao acompanhamento e às ações em saúde, bem como para a expansão consolidada da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma menor taxa de notificação dos serviços de emergência e urgência (DOURADO; MEDINA; AQUINO, 2013).

Identifica-se, dessa maneira, que há uma necessidade de repensar o processo de trabalho em saúde para que se possibilite rearranjos organizacionais e tecnológicos, bem como novos rumos e modos de operar ao utilizar tecnologias leves, no sentido da produção de um trabalho vivo em ato, que vai além de saberes estruturados e que propõem encontros de subjetividades e modos de fazer saúde por meio de relações, desenvolvendo escutas significativas, estabelecendo vínculo e trabalhando na perspectiva da autonomia do sujeito e acolhimento da demanda (MERHY, 2002).

Nesse sentido, o conceito de saúde, que perpassa pelas práticas de saúde coletiva, necessita de uma reconfiguração, principalmente na compreensão dos sujeitos envolvidos, que são os usuários, sendo de suma importância reconhecer de fato suas necessidades sociais. É imprescindível, também, a articulação de saberes e competências dos profissionais da APS nos espaços das Unidades de Saúde diante das exigências dos contextos atuais (PAIM, 2006).

2.1.1 Unidades Básicas de Saúde

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) são espaços físicos que trabalham com a proposta da APS. O Brasil é um país que possui um sistema de saúde público, o qual atua de forma universal, gratuita e integral, constituído por unidades de saúde com esta designação de serviços (BRASIL, 2012).

A UBS é uma estrutura fixa, localizada próxima à moradia das pessoas, de seus trabalhos e seus cotidianos, garantindo o acesso à atenção de saúde. Localiza-se em território que atende, no máximo, 18 mil habitantes, realizando um trabalho que possa garantir princípios e diretrizes da APS. A equipe de profissionais de uma UBS é composta por médico, enfermeiro, auxiliar/técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde, cirurgião dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal (BRASIL, 2012).

As UBSF são também estruturas fixas localizadas próximas às moradias dos usuários, situadas em áreas geograficamente delimitadas, cobrindo um número menor da população, comparada às UBS. Para a garantia na coordenação de cuidado e resolutividade dos serviços oferecidos pela equipe, é recomendado o atendimento a uma população adscrita pela equipe da Saúde da Família (ESF), sendo esta de 2.000 a 3.500 pessoas dentro do território, podendo existir rearranjos de territorialidade de acordo com as particularidades da população da região, considerando o grau de vulnerabilidade das comunidades e famílias de determinado território (BRASIL, 2017).

São recomendadas, para cada UBSF, 04 equipes de profissionais compostas por médico generalista ou médico da família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo ser acrescentado o profissional ou equipe de saúde bucal, composto por cirurgião-dentista, preferencialmente especialista em saúde da família e auxiliar/técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

A APS do município de Campo Grande, MS, conta com 24 (vinte e quatro) UBS e 42 (quarenta e duas) UBSF, compõem juntas 73 equipes de Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e 101 equipes de ESF (SESAU, 2017).

Cabe citar o Núcleo Ampliado à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF AB), o qual atua como dispositivo estratégico na APS com o intuito de ampliar a capacidade de resolutividade, compartilhando e apoiando práticas em saúde nos territórios junto às Unidades de Saúde. É constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de saberes e conhecimento, que atuam de modo integral, como apoio matricial à UBSF (BRASIL, 2017).

Os NASF AB não são serviços com unidades físicas e não possuem um livre acesso para atendimento individual ou coletivo. Atuam na intersecção de saberes, relação intersetorial, na gestão do cuidado, promovem a educação permanente e gerem os coletivos dos territórios sob a responsabilidade das equipes, as quais poderão ser compostas por:

Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente. A definição das categorias profissionais é de autonomia do gestor local, devendo ser escolhida de acordo com as necessidades dos territórios (BRASIL, 2017, p.12)

Na capital de Campo Grande, MS, existem 07 (sete) equipes do NASF AB, cadastradas no CNES e atuando no território, cada qual apoiando uma média de aproximadamente 07 ESFs (SESAU, 2017).

Sendo assim, cabe apresentar a realidade da UBSF onde foi realizada a pesquisa para acessar informações pertinentes à realidade de seu território, de suas equipes, de suas práticas, ações e redes intersetoriais.

2.1.1.1 A Unidade Básica de Saúde da Família São Francisco

A Unidade Básica de Saúde da Família São Francisco localiza-se em Campo Grande, Mato Grosso do Sul. Foi fundada em 06 de janeiro de 1980, com iniciativa

dos frades franciscanos da Missão Franciscana de Mato Grosso do Sul – MIFRA (MISSÃO FRANCISCANA, 2013).

O município de Campo Grande, capital do estado de Mato Grosso do Sul, possui uma população estimada de 885.711 habitantes no ano de 2017, divide-se em 07 distritos sanitários e a UBSF São Francisco está localizada no Distrito da região Segredo (IBGE, 2017).

Esta Unidade se tornou UBSF em 09 de fevereiro de 2018, pelo decreto N°13.417. Segundo as informações prestadas oralmente pela gerente de saúde, em junho de 2018, não recebia ainda o apoio do NASF AB. Atendia 17.009 usuários no total, sendo 5.005 famílias acompanhadas e o atendimento realizado por 04 equipes de Saúde da Família, abrangendo os territórios: Colúmbia, Anache e Nova Lima (informação verbal).²

Ao ser criada, o objetivo inicial da UBSF São Francisco era o de apoiar e acolher os hansenianos que eram atendidos pelo Hospital São Julião e residiam em territórios próximos à região, os quais necessitavam de cuidados e acompanhamentos, tais como reabilitação física e reintegração social (MISSÃO FRANCISCANA, 2013).

Diante da realidade apresentada, na qual muitos dos hansenianos não possuíam acesso aos serviços de saúde pública, foi necessário que se construísse um espaço com uma estrutura física capaz de atender esta demanda específica dos hansenianos e, assim, expandindo também para as demandas em saúde da população da região (MISSÃO FRANCISCANA, 2013).

Grande parte deste público se tratava de pessoas que necessitavam de um acompanhamento psicológico por conta de sequelas físicas e transtornos psíquicos, emocionais e afetivos advindos da hanseníase. A Unidade de Saúde São Francisco encaminhava os atendimentos psicológicos para unidades especializadas em saúde mental, o que ocasionava resistência por parte destes usuários em serem atendidos por outros pontos da rede de atenção à saúde mental do município, distantes de sua região e, em muitos casos, sem a proposta de acolhimento que a Unidade de Saúde São Francisco proporcionava (MISSÃO FRANCISCANA, 2013).

² Informação verbal obtida pela gerência da UBSF em junho de 2018.

Diante desta demanda, foi criado o Núcleo de Psicologia nesta Unidade, no ano de 2005, com o intuito de oferecer atendimentos psicológicos de forma voluntária, tendo como princípio importante promover condições de vida mais saudáveis e possibilitar a autonomia dos usuários (MISSÃO FRANCISCANA, 2013).

Este Núcleo passou a realizar atendimentos e atividades em diversas áreas do conhecimento e sociais além da Psicologia, como a área de Nutrição, Direito, Pedagogia, Serviço Social, Artesanato, Fisioterapia, Acupuntura e Estudos Bíblicos. Possui convênio com a Universidade Católica Dom Bosco e propõe vivências e aprendizados aos estagiários do estágio básico e específico do curso de Psicologia (MISSÃO FRANCISCANA, 2013).

2.2 Saúde Mental

Com relação à saúde mental, a Organização Mundial da Saúde (2008) constatou que 60% das pessoas que comparecem às consultas para atendimentos na APS se deparam com uma condição ou perturbação mental diagnosticável. Dentre estes, existe uma parte da população que acredita que esta condição não pode ser tratada, enquanto os que a possuem declaram não serem capazes de viver de maneira integrada em suas comunidades.

A realidade das equipes de Saúde da Família na América Latina demonstra que, cotidianamente, elas se deparam com problemas de saúde mental, sendo que 56% dessas equipes de Saúde da Família afirmaram realizar alguma ação de saúde mental (OPAS/MS, 2002).

Possuímos, ainda, investimentos insuficientes para a área da saúde mental, pois é atribuída uma percepção equivocada quando se refere à rentabilidade nesta área. Segundo BENEDETTO *et al.* (2007), de acordo com os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), as instituições públicas e privadas preferem realizar investimento em outros campos e determinantes de saúde, acreditando que não haverá retorno no que se refere ao investimento na área da saúde mental.

Contudo, o que se tem constatado é que a integração e inserção dos serviços da área de saúde mental nos cuidados primários podem gerar bons resultados em saúde a custos razoáveis, alcançando o bem-estar físico, mental e social, não estando focado apenas na ausência de doenças e enfermidades (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

De acordo com França e Viana (2006), com a influência da reforma psiquiátrica, que desconstrói o paradigma da psiquiatria manicomial, se construíram atributos capazes de trabalhar com a humanização do serviço. Este modelo tem como importante conquista a participação ativa da família e da comunidade e possibilita as condições destes como autores de seus processos de saúde, construindo a autonomia de suas próprias vidas.

No entanto, constata-se que determinadas estratégias de intervenção dos profissionais na APS ainda compactuam com a fragmentação, com base no modelo cartesiano tradicional e calcadas em antigos padrões assistenciais, os quais tratam do sujeito com um olhar voltado para a doença e partes do corpo adoecidas. Porém, a escuta do sujeito e seus potenciais pode ser muito mais eficaz do que a escuta da doença, sendo este um eficiente recurso, pois é identificada a importância do trabalho com novas estratégias de cuidado, ainda que pouco utilizadas pelos profissionais atuantes neste nível de atenção porque, infelizmente, são formados para obter a escuta do que está adoecido (VIEIRA; SILVEIRA, 2009).

Um dos aspectos relacionados à reorganização da assistência na APS refere-se à necessidade de profissionais da área da saúde mental atuarem cada vez mais nestes contextos, para que se possibilite uma abordagem multiprofissional e um espaço de discussão, com o objetivo de construir uma melhor compreensão acerca das demandas que surgem para atendimentos além da perspectiva biológica, agregando também a psicológica e social (RIBEIRO; TANAKA, 2006).

No entanto, a articulação da saúde mental com a APS apresenta desafios importantes no que se refere ao serviço do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), (BRASIL, 2015).

Os CAPS são instituições que promovem o acolhimento e tratamento dos usuários com qualquer tipo de transtorno mental e demais quadros de sofrimento psíquico, oferecem atendimentos que possibilitem integração social e familiar, na

busca pela autonomia do indivíduo em seu contexto social e cultural, tendo como estratégia fundamental o processo da reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004).

Os CAPS são organizados em tipos de atendimentos diferenciados. No que se trata do Serviço de Atenção Psicossocial em Campo Grande, além do Núcleo de Psicologia, o município conta atualmente com: Núcleo de Saúde Mental – CEM (Centro de Especialidades Médicas), Residência Terapêutica, Unidade de Acolhimento Adulto, CAPS III Vila Almeida, CAPS III Afrodite Dóris Contis, CAPS III Aero Rancho, CAPS Infante Juvenil III, CAPS Pós Trauma (CAPPT), CAPS AD III e CAPS III Vila Margarida (SESAU, 2019).

No entanto, a rede de saúde mental formada pelos CAPS ainda é insuficiente para atender às atuais necessidades em saúde mental, cujo serviço não deve ser a única estratégia de cuidado, sendo fundamental que se mantenham articulações de saberes por parte da APS também, com o objetivo de potencializar e promover um fazer em saúde de forma contínua com os usuários, os quais possuem necessidades de atendimento em saúde mental mas, pela falta de acesso, realizam apenas o tratamento farmacológico nas Unidades de Saúde (VIEIRA; SILVEIRA, 2009).

Constata-se retrocessos nas conquistas estabelecidas da Reforma Psiquiátrica (Lei nº 10.216 de 2001), considerando a publicação da Nota Técnica Nº 11/2019 intitulada “Nova Saúde Mental”, publicada pela Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Ministério da Saúde, da qual o documento declara uma desconstrução à política de saúde mental e indica a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e comunidades terapêuticas, centralizado em um modelo hospitalocêntrico e incentivo à lógica manicomial dentro da Rede de Atenção Psicossocial. Esta Nota Técnica é contrária à política de desinstitucionalização e a um tratamento mais humanizado para os pacientes com necessidades em saúde mental, sendo de suma importância garantir o respeito à dignidade humana das pessoas com transtornos mentais no Brasil, conforme prevê a Reforma Psiquiátrica (CFP, 2019).

As políticas em saúde mental devem ter pressupostos básicos eficazes para serem desenvolvidas, como a inclusão social e a convivência com a diferença em sociedade, sendo fundamental a implementação de outras políticas que venham ao seu encontro, tais como as sociais, educacionais, culturais e as relacionadas ao

trabalho, lazer, esporte, dentre outras, com o intuito da garantia de direitos ao cidadão (BRASIL, 2002).

Torna-se cada vez mais necessário, então, desenvolver espaços de diálogos e estudos, cujas práticas possam construir narrativas que possibilitem a ressignificação e desconstrução do termo 'doença', ampliando o conceito de saúde mental e produzindo discursos mais libertadores e alternativos ao diagnóstico-problema. (LAURENTINO, 2017).

Atualmente, por mais que a reorganização da APS apresente confluências com a reforma psiquiátrica, ambos precisam caminhar juntos por meio de práticas colaborativas e cogidas na assistência e no cuidado (DIAS; SILVA, 2016).

2.3 A atuação da Psicologia na Atenção Primária à Saúde

De acordo com Dimenstein (1998), a inserção da psicologia no movimento de crítica ao modelo asilar da psiquiatria tradicional propiciou ao campo da saúde mental um grande espaço de atuação para os psicólogos, bem como ressaltou a importância da formação de equipes preparadas para lidarem com a demanda do coletivo, reorganizando as estratégias em saúde mental, principalmente no que se trata do modelo psiquiátrico e hospitalocêntrico. Temos então um desafio para a psicologia na APS: o de não se manter repetindo e reproduzindo o modelo tradicionalista de atuação baseado na clínica tradicional.

A psicologia como profissão no Brasil se amplia em suas diversas áreas, especialmente no campo da saúde pública. Por causa dos contextos históricos, políticos e econômicos, a atividade do psicólogo se torna essencial no âmbito das políticas públicas em saúde devido a transformações e novas demandas em saúde mental da sociedade (DIMENSTEIN, 1998).

Novos solos epistemológicos vêm crescendo com a atuação da psicologia no contexto da saúde pública, o que possibilita a construção de políticas centradas no coletivo e social, comprometidas com práticas humanizadas e com a articulação de saberes à saúde coletiva (NEPOMUCENO e BRANDÃO, 2011).

As práticas psicológicas são cada vez mais requisitadas com a contribuição da ciência da psicologia no campo da saúde, considerando fundamental o papel do profissional da psicologia na APS. Com o objetivo de facilitar intervenções e práticas realizadas pela equipe de saúde, contribui também com uma escuta técnica dos usuários e de suas famílias (FERNANDES *et al.*, 2011; NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011).

A atuação da psicologia passou a ser considerada não apenas nos casos de doença, como também em ações ligadas à atenção, promoção e prevenção à saúde, possibilitando a melhoria da qualidade de vida do sujeito e atuando para além de conhecimentos e técnicas psicológicas, dos cuidados individuais aos coletivos (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2011).

O profissional da psicologia enseja ações em saúde com o compromisso social de facilitar a construção de novas estratégias de enfrentamento à realidade em saúde mental, com o intuito de promover autonomia com o usuário. Frente às demandas apresentadas, é também seu papel identificar os casos mais complexos ou aqueles que necessitam de encaminhamentos aos serviços de referência (FRANÇA; VIANA, 2006).

As atribuições da psicologia na APS consistem em potencializar recursos já existentes na comunidade, favorecer a conscientização da população com base no autocuidado e na proposta de acolhimento em situações de dificuldade vivenciadas, oportunizando a melhoria ao acesso e à humanização do serviço (FRANÇA; VIANA, 2006; BITTENCOURT; MATEUS, 2006).

Identifica-se o quanto o papel da psicologia pode contribuir de forma ampla na APS, não se tratando apenas de atendimentos individuais, mas também com atuação em grupos, famílias, avaliações das necessidades, estudos de caso e visitas domiciliares. O psicólogo pode atuar, inclusive, como fio condutor de uma boa comunicação entre a comunidade e a equipe de saúde, favorecendo as trocas de saberes para que as intervenções possam ser consistentes de acordo com as demandas e os contextos apresentados (SOARES, 2005).

Contudo, evidencia-se nas discussões sobre a atuação da psicologia na APS que muitos dos psicólogos não possuem o conhecimento das contribuições essenciais do seu trabalho no nível primário da saúde (BOING e CREPALDI, 2010).

É preciso uma análise crítica em relação ao que a equipe multiprofissional espera do psicólogo, retratando uma realidade vivenciada frequentemente, cuja presença de tal profissional é considerada como uma solução para diversos problemas, dentre eles, a necessidade de se ter apenas a especialidade dessa área para se obter uma escuta técnica. Ou seja, há uma crença de que cabe apenas ao profissional da psicologia desempenhar funções e atividades que obtenham uma escuta e um olhar mais detalhado sobre os sujeitos, sendo estes papéis fundamentais para qualquer trabalhador em saúde (PICHELLI; FREIRE, 2013).

Ao profissional da psicologia cabe identificar as queixas relativas a demandas psicossociais na APS, bem como esclarecer que a responsabilidade sobre tais queixas é da equipe. Portanto, torna-se mais do que necessário romper o isolamento e a hierarquização no campo de trabalho do psicólogo, pois há de ser incluída sua área de atuação como parte da rede integrada à saúde, que só tem a somar com a equipe (RIBEIRO; TANAKA, 2006; DIAS; SILVA, 2016).

Para Soares (2005), é necessário que o psicólogo se familiarize com o conceito de promoção de saúde. O autor faz uma crítica às instituições formadoras porque nem sempre os acadêmicos de psicologia são ensinados e preparados para atuarem diretamente nos contextos socioculturais das comunidades e das ações promovidas na APS.

No entanto, a crítica perpassa também para o modelo de formação acadêmica do profissional da psicologia, o qual ainda se encontra limitado, evidenciando mínimos avanços nas práticas psicológicas, sendo de suma importância a atualização do profissional da área para o fortalecimento de políticas de educação permanente e para a construção de uma nova cultura na articulação dessas práticas (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011).

Sobre as contribuições da psicologia no campo da ESF e como a sua prática profissional pode contribuir de forma efetiva para a consolidação do SUS e de suas políticas públicas, há que se considerar tanto a condição de sujeito social do psicólogo, a partir das experiências da prática cotidiana nas ações em saúde, quanto a articulação entre promoção de saúde e cidadania que, advindas de questões sociais, carecem de um novo tipo de posicionamento profissional (NEPOMUCENO; BRANDÃO, 2011).

No entanto, o novo fazer em saúde vem exigindo um olhar da psicologia para atuar integrada à APS, cujas práticas estão em abandonar o modelo clínico tradicional e desempenhar um papel de agente de mudanças e não de 'curador' de doenças (PICHELLI e FREIRE, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral:

Conhecer a experiência de um serviço em saúde mental, anexo à uma Unidade Básica de Saúde da Família.

3.2 Objetivos específicos:

- Descrever as ações em saúde mental realizadas no Núcleo de Psicologia;
- Identificar o perfil do usuário que é atendido e dos psicólogos que atuam no Núcleo de Psicologia;
- Compreender a percepção dos usuários, psicólogos e coordenador sobre o serviço do Núcleo de Psicologia.

4 MÉTODOS

4.1 Tipo da pesquisa

Trata-se de um estudo de caso descritivo, exploratório e de abordagem qualitativa, com base em dados primários, orientada pelos pressupostos epistemológicos e filosóficos do construcionismo social.

O estudo de caso permite registrar um conjunto de dados de um caso particular, organiza relatos, de uma ou mais experiências, para possibilitar ações e subsídios referentes ao tema estudado (ANDRADE, 2015).

A opção por um estudo qualitativo se deu em virtude das possibilidades da análise que esta metodologia oferta, na qual, segundo Minayo (2000), os fenômenos são trabalhados como partes interligadas de uma realidade social.

4.2 Local da pesquisa e período

A pesquisa foi realizada no Núcleo de Psicologia, anexo à Unidade Básica de Saúde da Família São Francisco, localizado na região Segredo, no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul. As coletas de dados foram desenvolvidas nos meses de dezembro de 2017 a junho de 2018.

4.3 Participantes do estudo

Participaram da pesquisa no total 27 pessoas, sendo o coordenador do Núcleo (um), oito (08) profissionais da psicologia e dezoito (18) usuários e usuárias, do serviço do Núcleo de Psicologia.

Foi utilizado como critério de inclusão para os usuários: maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, que estavam em atendimento psicoterápico, individual e/ou coletivo, há, no mínimo, uma sessão, em relação ao período da coleta de dados, e que aceitaram fazer parte da pesquisa.

Para os profissionais da psicologia e o coordenador do Núcleo, o critério de inclusão foi atuarem no Núcleo de Psicologia no momento da coleta de dados e aceitarem fazer parte da pesquisa. Foi decidido que eu e uma outra psicóloga que faz parte de minha família não participaríamos da pesquisa, bem como os usuários atendidos por tais profissionais, para evitar qualquer tipo de viés na coleta e análise dos dados.

4.4 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

O estudo foi desenvolvido em etapas. A primeira parte foi a documental, efetivada na base de dados registrados do Núcleo de Psicologia para levantamento sobre o funcionamento do serviço, os usuários cadastrados e os atendimentos realizados. Nesta etapa da pesquisa foi possível conhecer o quantitativo de psicólogos, o tipo de atendimento ofertado e realizar uma estimativa da quantidade de atendimentos e usuários atendidos.

Fez-se necessário entrar em contato com a peculiaridade do serviço e acessar documentos e materiais que pudessem atender os objetivos iniciais da pesquisa. A maior dificuldade foi obter referência documental da criação do Núcleo e de seu funcionamento, informação obtida verbalmente junto ao coordenador da instituição, à secretária do Núcleo e à gerente da UBSF, profissionais que se encontravam na gestão no período da pesquisa e se mostraram informantes-chave para a obtenção dos dados iniciais. É importante ressaltar que houve uma certa dificuldade na obtenção dos registros e cadastros dos usuários.

No entanto, no segundo acesso que foi possível a esses documentos, foi possível concluir que o Núcleo atendeu, em média, 512 usuários no período do ano

de 2013 a fevereiro de 2017, incluindo quem passou pelo atendimento neste período e quem ainda permanece³.

A relação do pesquisador com o campo de pesquisa é imprescindível para que se configure um contato com a realidade em si, considerando que as informações serão previstas ou imprevistas de acordo com o roteiro elaborado (MINAYO, 2012).

Sendo assim, na segunda etapa, foi elaborada entrevista semiestruturada, especialmente para atender os objetivos da pesquisa, contendo perguntas direcionadas para cada grupo de participantes. Os instrumentos foram submetidos a pré-teste com uma psicóloga que atende no Núcleo e um usuário que é atendido no mesmo Núcleo. Não foi realizado o pré-teste com o coordenador porque só havia um membro do Núcleo que se encontrava nesta função de gestão. Deste modo, os ajustes foram realizados e as entrevistas reformuladas, visando a análise da adequação. Os participantes do pré-teste não fizeram parte do grupo de participantes da pesquisa.

Posteriormente, foi obtido contato com os participantes para organizar as datas das entrevistas, agendadas previamente diante da disponibilidade deles.

A primeira entrevista foi realizada com o coordenador do Núcleo (Apêndice A), tendo como foco obter informações que não se encontravam nos registros e obter um roteiro com perguntas específicas que buscavam compreender aspectos do seu ponto de vista sobre o Núcleo, os atendimentos oferecidos e as relações estabelecidas externa e internamente à instituição. O profissional foi solícito e se propôs a dialogar sobre os resultados quando fosse concluída a pesquisa.

Com as psicólogas e psicólogos, foi obtido contato telefônico em fevereiro do ano de 2018 para agendamento das entrevistas, documento que pode ser encontrado no Apêndice B. De doze psicólogos que se encontravam atuando no ano de 2017, apenas dois não participaram da pesquisa, justificando que os seus trabalhos os impediam de disponibilizar tempo para a entrevista e que não sabiam se dariam continuidade ao atendimento no Núcleo no ano de 2018. Com relação ao local de entrevista, foi definido conforme a conveniência dos entrevistados. Três entrevistas foram feitas nas salas do espaço físico do Núcleo, as outras três entrevistas foram realizadas em seus locais de trabalho e as duas restantes foram em suas respectivas residências.

³ Informação com base nos dados registrados no sistema de cadastro do Núcleo.

Com o grupo de participantes usuários, optou-se por realizar amostragem por conveniência, cujo método, segundo Andrade (2015) consiste na decisão do pesquisador em convidar os participantes de acordo com seus objetivos, aspectos e população a se compor para amostra. Portanto, convidamos para a entrevista àqueles usuários que se encontravam na data e horário de seus atendimentos. O convite foi estabelecido de forma oral, com horário de entrevista diferente de seu atendimento. O instrumento que norteou a realização da entrevista com este grupo de participantes encontra-se em anexo no Apêndice C.

Todas as entrevistas foram realizadas com autorização, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, entregue em uma via ao participante, e registradas por meio de um gravador de áudio.

O material das entrevistas foi posteriormente transcrito, de forma fidedigna às falas dos mesmos, e organizado de acordo com a metodologia estabelecida, para serem discutidos e analisados conforme os objetivos da pesquisa.

4.5 Organização e análise dos dados

Após a coleta de dados, foi realizada a transcrição das entrevistas, leitura e releitura das mesmas, tratamento do conteúdo empírico documental junto ao material coletado e, por fim, a discussão e análise destas produções para a construção de um conhecimento alinhado aos objetivos da pesquisa.

A análise foi orientada e construída por uma perspectiva teórica e epistemológica do construcionismo social. Conhecido fortemente pelo seu caráter de *'movimento'*, produz uma corrente de pensamentos contemporâneos, junto às políticas e práticas desenvolvidas no campo social. Seus pressupostos vêm influenciando e incorporando orientações que se consolidam como uma natureza política, de forte implicação social (IBÁÑEZ, 2003).

O autor Iñiguez (2005) define a lógica dos elementos que consistem no caráter do pensamento construcionista como:

[...] antiessencialismo (as pessoas e o mundo social são o resultado, o produto, de processos sociais específicos); relativismo (a “realidade” não existe independentemente do conhecimento que produzimos sobre ela ou com independência de quaisquer descrições que fazemos dela); o questionamento das verdades geralmente aceitas (o contínuo questionamento da “verdade”, pondo em dúvida sistematicamente o modo como aprendemos a ver o mundo e a nós mesmos); a determinação cultural e histórica do conhecimento e o papel conferido à linguagem na construção social (a realidade se constrói socialmente e os instrumentos com os quais se constrói são discursivos) (IÑIGUEZ, 2005, p.2).

Não cabe aqui descrever estas percepções a partir de uma perspectiva moderna, na qual a afirmação da natureza da ‘verdade’ há de ser objetiva, mas cabe descrever aspectos e elementos úteis para a construção de um conhecimento a partir dos discursos apresentados pelos participantes (GERGEN e GERGEN, 2010).

O cuidado com este material representa o que traz à luz todo o objetivo da pesquisa, o de apresentar os significados que os participantes expressam, e não uma verdade essencialista e universal sobre eles. Neste processo, o pesquisador pode se desprender das falas e exteriorizar o sentido da experiência compreendido. Segundo Minayo (2012), faz-se necessário esforços no sentido da valorização das descobertas e a apreciação delas no campo, apropriando-se da riqueza do material e organizando-o de maneira com que todas as compreensões sejam fundamentais para o processo.

A análise do material qualitativo se apoiou no sentido da experiência, a qual se encontra como objetivo vivo deste trabalho, tratando de compreender o ser humano em si mesmo e seu significado no mundo, evidenciando através da linguagem a partir do vivido e narrado pelo participante, considerando contextos que o permeiam (MINAYO, 2012).

Acessando essa linguagem, de acordo com o objetivo de compreender a percepção dos profissionais e usuários, conforme contextualiza Minayo (2012), o verbo compreender é parte integrante e necessária para o processo da pesquisa e da construção da linguagem, pois significa levar em consideração a singularidade e subjetividade da pessoa, em seu contexto coletivo cultural e histórico.

A autora Minayo (2000) descreve o compreensivismo, indicando uma relação com as ciências sociais, como compreensão da realidade humana, propondo a subjetividade como fundamental para o sentido social, focando nas relações, valores e representações. Ou seja, todos os fenômenos que ocorrem socialmente no cotidiano a partir dos sentidos construídos na linguagem são considerados subjetivos.

Segundo Guanaes (2006), na perspectiva da poética social, o pesquisador não descreve apenas os sentidos do que os participantes falam, mas a linguagem corporificada, a relação dos enunciados que são produtos dos discursos, investiga o contexto microssocial da produção de sentidos e dialoga com o contexto macrossocial. Além disso, considera as vozes, os discursos sociais e gêneros de fala dos contextos sociais, históricos e culturais dos envolvidos. A pesquisa se desenvolve, então, como um processo em constante construção e reconstrução de sentidos, bem como descrições de mundo, considerando o pesquisador como parte integrante e inseparável do processo, participando ativamente na produção da linguagem, em uma relação responsiva e retórica com o campo estudado.

Considerando que todo conhecimento é situado, relativo e nenhum objeto exige apenas uma forma de descrição e representação, é imprescindível identificar os variados sentidos construídos a partir das falas dos usuários como sujeitos sociais. O que comumente aparece em pesquisas de natureza qualitativa em forma de padrões, estruturas e repetições, os sentidos são representados pela poética social na busca por discursos singulares, inusitados, eventos e relações. O pesquisador ocupa um lugar de conexão criativa com o próprio estudo, passível a ser descrito de forma inteligível a todos, experimentando tentativas de expressar os significados, sem afirmar ou explicar, mas convidar a um processo dialógico na construção do conhecimento em uma experiência compartilhada (RASERA; GUANAES; CORRADI-WEBSTER, 2016; GUANAES, 2006).

Ao conectar a teoria fundamentada ao trabalho de campo – e vice-versa -, conduz-se a uma lógica de produção de conhecimento no papel do pesquisador como um descobridor de códigos sociais a partir dos discursos e das falas. Contudo, há que se considerar que a sua compreensão também pode ser limitada no seu entendimento e interpretação, pois quando utilizamos determinadas formas de descrições, poderão surgir limitações, haja vista assumir impossibilidades quando se tenta descrevê-los (MINAYO, 2000; MINAYO 2012; RASERA; GUANAES; CORRADI-WEBSTER, 2016).

Portanto, a poética social não produz conhecimento essencialista e de verdades sobre o mundo e sobre as pessoas, mas define a pesquisa científica como uma busca ativa e constante de produção de sentidos, com o intuito de possibilitar ampliadas formas de produção do conhecimento. Para tal, o pesquisador deve

considerar relatos e intersubjetividades nas falas individuais e nas que se acrescentam, compõem-se e se contrapõem, capazes de tecer uma narrativa coletiva que representa a realidade a partir dos discursos, considerando que não há que se encontrar apenas homogeneidade, mas sim um campo heterogêneo a ser estudado (GUANAES, 2006; MINAYO, 2012).

Nestes discursos, a linguagem é concebida como uma construção social, coletiva e interativa, permeada pelas relações sócio históricas e culturais que permitem a compreensão dos fenômenos locais, denominada como '*linguagem em uso*'. Esta refere-se a uma abordagem teórico-metodológica que se adota e permite que o uso performático da linguagem faça sentido em determinados pontos da análise, considerada como orientadora de práticas cotidianas das pessoas, capaz de produzir e reproduzir discursos (SPINK, 2004).

Portanto, a coerência perpassa cada mundo de pesquisa, de acordo com o produto de negociações construídas entre eles. Os mundos de pesquisas são aqueles de ações coordenadas, que consideram normas, valores e padrões advindos de influências locais e culturais. Com cada ação coordenada se tem uma visão de mundo local, partindo da relação com a ontologia 'o que é' e com a epistemologia 'como podemos conhecer o que existe' (MCNAMEE, 2014).

Sendo assim, organizamos a análise para fins de compreender a produção do conhecimento de forma ética e responsável, legitimando os saberes envolvidos, antes durante e depois do estudo a ser explorado. Portanto, essas contribuições teóricas na análise consistem em considerar os sujeitos como construtores de suas próprias histórias e capazes de apresentar suas percepções, durante a vivência de atendimentos psicológicos e em qualquer tipo de relação com serviço de saúde mental do Núcleo, seja na condição de profissionais da psicologia e coordenador, seja como usuários.

Para a compreensão dessas falas, partiremos da premissa da linguagem em uso citada acima, no significado criado pelos participantes, sendo passível de construção e interpretação pela ótica e perspectiva do leitor, não categorizada apenas com um significado, possibilitando as diversas maneiras do indivíduo ser e estar em seu discurso.

Desta maneira, identifica-se a fala dos participantes e suas diversas descrições, como “CO” do coordenador do Núcleo, “P” dos psicólogos e psicólogas, “U” dos usuários e usuárias.

4.6 Aspectos éticos

O estudo atendeu aos princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos contidos na Resolução nº466/2012 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2012), aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul por meio do parecer N° 2.407.387 (Anexo A).

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos, a metodologia empregada, os riscos mínimos, a inexistência de benefícios devido a participação voluntária e sua escolha como participante, bem como a garantia de recusa em responder alguma questão, sem prejuízo em sua participação. Os participantes foram informados sobre a devolutiva que deverá acontecer ao término da pesquisa e manifestaram concordância em participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexo B).

Minayo (2012) cita 04 princípios da bioética, cujos focos são: a autonomia dos participantes por meio da escolha em integrar-se à pesquisa através do TCLE; a explicitação dos riscos e benefícios; a garantia de que possíveis danos sejam evitados a partir do rigor ético e a relevância social da pesquisa considerando a equidade e justiça para todos.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão serão apresentados em eixos que permearam o processo, considerada a percepção dos participantes e a análise dos temas.

5.1 O Núcleo de Psicologia e a UBSF São Francisco: integração ou desintegração?

Não há como falar do Núcleo de Psicologia sem antes apresentarmos o espaço anexo ao qual ele se encontra: a Unidade Básica de Saúde São Francisco. Em termos de estrutura física, eles estão no mesmo território, conforme Figura 01:

Figura 01 - Figura Ilustrativa da localização da UBSF São Francisco e Núcleo de Psicologia.



Fonte: Foto ilustrativa do Google Maps

Para os profissionais da psicologia, há uma relação entre Núcleo e UBSF São Francisco que se estabelece, tanto de forma integrada quanto desintegrada. Apresentaremos todos os agentes envolvidos, como esta relação se constrói e quando ela não acontece.

Os profissionais que acreditam nesta integração descrevem o Núcleo como um serviço inserido em uma UBSF, que possui determinado vínculo e atuação em conjunto. Ambos se fortalecem e se integram, sendo o Núcleo uma continuidade do trabalho da UBSF São Francisco. A psicóloga P5 declara:

Acho que a gente não pode pensar separados o Núcleo da Unidade. Acaba sendo assim, eles são integrados [...] eu não consigo ver eles separados, mas eu consigo ver essa integração no sentido de o Núcleo fortalecer ainda mais o que já vinha sendo promovido, divulgado e realizado pela Unidade de Saúde São Francisco [...].

No entanto, o psicólogo P4 relata sobre o reconhecimento que a UBSF tem com relação ao trabalho do Núcleo. Ou seja, é uma relação que se constrói a partir da legitimação das práticas do serviço: “[...] eles realmente reconhecem, legitimam as práticas que estão sendo desenvolvidas aqui no Núcleo de Psicologia [...] são pessoas que conhecem o trabalho, reconhecem que esse espaço fornece esse trabalho [...].”

Foi destacado também, como facilitador deste trabalho integrado, o acesso e bom relacionamento destes profissionais com a equipe da UBSF, formando-se uma equipe multiprofissional com abertura para as atividades desenvolvidas, segundo a fala da psicóloga P1:

[...] eu tenho muito acesso, né? À Unidade, à gerente, às enfermeiras, então faço muito trabalho junto com elas. Semana passada fui fazer essa minha visita domiciliar. Então a coordenadora, a gerente de saúde e a enfermeira foram junto. Então a gente fez uma equipe multiprofissional e fomos. E já atendi, já fiz notificação compulsória com a enfermeira. Então eu tenho acesso as enfermeiras porque eu fico mais tempo aqui [...].

As psicólogas P7 e P3 complementam essa visão citando a relação de sistema de referência e contra referência de encaminhamentos, como um vínculo de parceria e um fluxo de atendimento compartilhado entre Núcleo e UBSF conforme às necessidades do usuário, bem como ações com base na territorialidade e acesso à gestão:

P7 [...] a busca de parceria que eu vejo, de ter uma conexão, as duas estarem interligadas para poderem estar suprindo a necessidade uma da outra. Ou seja, quando o Núcleo precisa, encaminha pra UBS. E quando a UBS precisa, encaminha para o Núcleo.

P3 A UBS ajuda a gente no sentido também de paciente que está na área de abrangência dele, que você procura, você conversa lá. Ah, preciso que uma agente comunitária lá veja uma situação. Você liga, você pede, você fala com a gerente, a gerente dá esse apoio. Ela dá esse retorno, na medida do possível, ela dá.

Nestas falas, percebemos uma ótica guiada pela perspectiva de um trabalho em equipe multiprofissional, territorialização, reconhecimento e legitimação das práticas do Núcleo de Psicologia por parte da UBSF. As profissionais P1, P3 e P7 visualizam essa relação de parceria em equipe de uma forma muito clara. Já o psicólogo P4 e a psicóloga P5 entendem a proposta do Núcleo como parte integradora e possuem uma percepção sobre a inserção deste trabalho em saúde mental dentro de uma UBSF.

Contudo, há relatos de participantes que não percebem esta integração de forma explícita. A fala do psicólogo P2 deixa claro que ele observa UBSF e Núcleo como duas estruturas separadas, considerando a última dependente da primeira: “[...] parece um anexo, não parece que é algo que faz parte, passou a integrar [...].”

O que se entende desta ótica do Núcleo como anexo leva ao entendimento de que, como a UBSF veio primeiro, há uma hierarquia de como este serviço funciona, o qual depende de alguma forma da Unidade por conta do espaço físico.

No entanto, pelo fato do Núcleo obter profissionais que atuam voluntariamente, estes relataram a pouca carga horária de trabalho e permanência no cotidiano de atuação do Núcleo. Por essas condições, retrataram a realidade que não conseguem participar de ações com o próprio Núcleo e a UBSF, bem como a necessidade de conhecerem melhor o serviço, fortalecerem o vínculo e interagirem com outros setores. Seguem as falas de P2, P5 e P8, que serão discutidas em seguida:

P2 Bom, eu só tenho noção de como é o meu trabalho ali, porque não faço interação com outros setores da UBSF né? Nem com os médicos, nem com os outros psicólogos, nem com os estagiários [...].

P5 [...] é que as vezes o tempo que passo ali uma vez na semana e atendo paciente dentro de sala, então uma coisa que dificulta é não saber o nome das pessoas com que você convive na Unidade, então acho que isso dificulta um pouco.

P8 [...] eu não ando muito por lá [UBSF], eu fico muito restrita àquele setor, eu não sei como se relaciona não.

Portanto, nem todos os psicólogos do Núcleo possuem acesso aos profissionais da UBSF e, muitas vezes, também ao que se oferta no serviço da Unidade, sendo um fator que dificulta a integração de ambos.

Na continuidade dessas percepções, cabe ressaltar a fala de uma das psicólogas, P6, e do coordenador, que descrevem a falta de integração entre Núcleo e UBSF São Francisco, que tem como consequência um distanciamento e vínculo prejudicado:

P6 [...] da questão da gestão, da UBSF mesmo, por ser uma estrutura pública, pessoal concursado, pessoal que trabalha lá né. Eu percebo um distanciamento dos técnicos, dos médicos, enfermeiros, com o Núcleo [...] nós enquanto grupo de psicologia lá, é... eu não percebo interação grande com esses profissionais. Acredito que eles conheçam o trabalho, mas não têm uma profundidade nesse conhecimento do que o Núcleo representa para os seus próprios trabalhos técnicos sabe, eu percebo assim.

Segundo P6 observa, os profissionais da UBSF possuem o conhecimento do trabalho do Núcleo e percebem que, por outro lado, a Unidade não explora de forma aprofundada a proposta de trabalho oferecida.

Para a profissional acima e para o coordenador, um dos fatores desta falta de integração se deve aos profissionais da UBSF serem servidores públicos, com significativa rotatividade. Segue a fala do CO: “Uma das dificuldades do Núcleo é a relação com o pessoal da UBSF. Circula muito os profissionais no Centro de Saúde, muda gerente, muda muito, então às vezes o vínculo com a Unidade fica prejudicado por conta disso [...].”

A partir destas falas, cabe considerar o que os autores Dias e Silva (2016) declaram, que, ao mesmo tempo em que é necessária a presença de práticas da psicologia nas UBSF, é igualmente importante um sentido de corresponsabilização pelas ações em saúde promovidas no contexto da APS, no que se trata da escuta qualificada, do acolhimento ao usuário e da promoção de saúde. De acordo com os autores, a saúde mental ainda é vista como especialidade e não como elemento integrador na atuação das equipes interdisciplinares, não ficando apenas sob responsabilidade da psicologia, mas também de toda a equipe, como ação integrada em saúde.

No entanto, surgem alguns questionamentos a partir dessas percepções citadas acima: Por qual razão temos um serviço estruturado fisicamente como técnico especializado, como o Núcleo, dentro de uma UBSF? O que poderia firmar um trabalho interdisciplinar e não apenas um serviço especializado de atendimentos em saúde mental?

Por mais que estejam interligadas, não podem apenas suprir as necessidades de ambas, mas sim dialogar entre - e com - suas práticas e intervenções. Na perspectiva da saúde coletiva, o Núcleo de Psicologia, ao fazer parte do território anexo à UBSF, não pode ser visto apenas como um serviço de especialidade em saúde mental, que desenvolve práticas psicológicas em seus mais variados contextos. A questão é, por mais que seja um diferencial de uma UBSF, há essa dicotomia entre os dois espaços, no qual saberes são construídos de forma separada, visto que, por conta do trabalho voluntário, essa rede de oferta de cuidado pode ficar prejudicada, como demonstrado nas falas.

Há que se pensar que, em uma Unidade de Saúde, de acordo com os pressupostos do SUS, com o pacto pela saúde, não temos serviços oferecidos, mas sim um único serviço básico, o da Saúde da Família, cuja proposta integra diferentes profissionais, com diferentes formas de atuação. Ainda assim, todos devem trabalhar de forma interdisciplinar, como prática do serviço embasada em recursos explorados pela equipe e não somente de um profissional com sua técnica especializada. Este tipo de diretriz com base na construção em conjunto garante a resolutividade dos casos, uma vez que as demandas e situações trazidas pelos usuários são dialogadas por pontos de vistas diversos no que diz respeito ao olhar multiprofissional, garantindo o cuidado de forma integrada, com uma política de saúde coletiva.

Faz-se necessário, então, ampliar o trabalho da UBSF e do Núcleo para a utilização de tecnologias leves (MERHY, 2002), sendo esta uma perspectiva de trabalho no cotidiano do serviço, na lógica de lidar com o sujeito e seus coletivos, com base em uma atuação horizontal na qual não podemos pensar apenas nas especialidades e trabalhar de forma fragmentada, tecnicista, pois o sujeito é mais que a soma das suas partes. É imprescindível trabalhar com o todo do sujeito social.

É preciso que as estruturas se reorganizem e se reconheçam como unidade para legitimar o indivíduo, intrincado na prática social coletiva (SAWAIA, 2006).

Nesse sentido, parte-se da necessidade em contextualizar a estrutura que o Núcleo se sustenta, desde seu espaço físico até suas ações dependentes e independentes, integradas ou não à UBSF São Francisco.

5.2 O contexto da história, funcionamento, infraestrutura e características do Núcleo de Psicologia

O Núcleo foi criado com o intuito de promover um atendimento e uma resposta às demandas de saúde mental da comunidade. O coordenador do Núcleo conta como iniciou a história do Núcleo e o que motivou a ser criado o serviço: “A demanda da comunidade e a falta de oferta deste serviço na cidade. É uma região onde uma UBSF funciona no local, tem uma altíssima demanda de cuidado de saúde mental e não tinha serviços disponíveis pra comunidade.”

Percebe-se, em sua fala, que a demanda da comunidade e a inexistência de um serviço como este na Unidade e na região gerou a sua fundação. Ao participar de conselhos e conferências, o coordenador teve ciência desta necessidade da criação de um serviço de saúde mental. Vale ressaltar que a idealização dessa proposta de trabalho foi avaliada antes das ações serem implantadas:

CO Um dado importante é que, antes do Núcleo, nós atuávamos muito no controle social. A Missão, então nos conselhos, nas conferências, eu ia muito conhecer o dia a dia, exatamente fazer uma mobilização comunitária, pra participar das políticas de saúde comunitária local [...] por isso a nossa facilidade de identificar a demanda da psicologia, porque através do conselho local de saúde já havia esse desejo e a apresentação dessa necessidade.

O coordenador também correlaciona essa necessidade do serviço ser criado ao fato de que o CAPS estava ainda se estruturando para poder atender a demanda de saúde mental da população: “[...] na época, o CAPS era bem incipiente [...] esse serviço de acolhimento da pessoa que tem algum tipo de sofrimento psicossocial não existia. É. Então a gente não tinha pra onde encaminhar [...]”.

Ressaltamos a fala da psicóloga P5, que acompanhou o Núcleo desde o início de sua criação e o considera um importante componente para a população submetida a uma realidade precária em vários sentidos, como a econômica e a ausência de

políticas públicas. Mesmo com todas as dificuldades que enfrentou, considera que o Núcleo colhe resultados positivos diante delas. Em sua fala, declara:

P5 [...] teve um desenvolvimento, um avanço muito grande, que eu acho que veio pro mais, só pra somar. Aprendendo, errando também, tendo também os desacertos, nem sempre saindo como a gente gostaria, mas acredito que o resultado é muito mais positivo, perto das dificuldades que enfrentou.

Ainda no contexto histórico do Núcleo, cabe chamar atenção para a instituição religiosa que o coordenador cita. A Missão Franciscana promove a cultura franciscana, a qual se expande para uma cultura organizacional do Núcleo, implícita em determinadas ações, declarada como uma iniciativa dos religiosos para promover acesso à saúde, correlacionada ao princípio do voluntariado.

Todavia, percebemos perspectivas distintas com relação ao princípio religioso influenciando as ações do Núcleo. Ao mesmo tempo em que o psicólogo P2 relata a religiosidade presente no ambiente, a psicóloga P8, logo abaixo, relata que ficou surpresa ao perceber que, pelo fato do Núcleo ser administrado por franciscanos, percebeu que a religião não interfere em seu trabalho, nem nas relações entre as pessoas:

P2 [...] o que a UBSF tem é esse algo de bom que me parece que o princípio religioso está presente, franciscano, a gente sente uma relativa harmonia no ambiente [...].

P8 [...] como é um lugar que tem uma certa influência religiosa, eu fiquei com receio de entrar nesse meio. Eu já estava com um certo preconceito do que eu iria encontrar lá, mas eu percebi que a religião, ela não interfere no nosso atendimento, não interfere nas relações entre as pessoas, eu acho isso importantíssimo.

É importante descrever sobre a gestão do Núcleo, o seu coordenador, que faz parte de um contexto religioso e é psicólogo. Ele atuava na gestão no período das entrevistas e assumia o papel de uma figura agregadora, de mediador entre os voluntários e a instituição, com uma marcante característica pessoal de acolhimento. As psicólogas P5 e P7 definem a representação do coordenador para elas:

P5 [...] tem o papel do [CO] de agregador muito grande nisso, de ser uma pessoa que chama as pessoas pro trabalho. Eu acho que é um pouco disso, é ser um pouco ponte, da pessoa que às vezes gostaria de estar fazendo alguma coisa, mas não sabe como [...].

P7 [...] ele acolhe todo mundo que chega, eu percebo. Esse trabalho de aceitar o que cada um tem pra dar. Que nem, eu tenho uma disponibilidade pequena e fui acolhida de coração aberto por ele e pelas pessoas que estão ali [...].

O acolhimento, citado por estas profissionais, também foi percebido como característica principal do Núcleo. Ainda foram citados o ambiente acolhedor, a receptividade de novas ideias, o respeito e a gestão integradora. Tais fatores estão descritos abaixo por P2, P4 e P6:

P2 O que mantém é assim, eu me sinto respeitado lá, me sinto acolhido na Unidade [...].

P4 [...] o ambiente de acolhimento que se tem, a própria satisfação em estar aqui contribuindo, o espaço que se dá para que a gente possa desenvolver nosso trabalho [...] há uma gestão aqui, ela é bem integradora [...].

P6 O Núcleo, o acolhimento, o recebimento de ideias, sugestões. E mesmo coisas que tem que melhorar que a gente fala, a gente é acolhido [...].

Na identificação com a proposta do Núcleo, ao se sentirem respeitados, acolhidos e integrados, os profissionais se sentem pertencentes ao grupo e à instituição, construindo uma identidade relacional, da qual Heidegger (1971) explora o 'comum-pertencer'. Essa identidade se cria a partir do pertencimento à comunidade e construída na relação do indivíduo como ser pensante, produtor da linguagem, fazendo parte de uma unidade.

No entanto, o acolhimento é descrito como forma de produzir significado nessas relações profissionais do Núcleo, bem como na percepção dos usuários com relação ao serviço. No que se trata da perspectiva dos usuários U6, U7 e U8, eles reconhecem esta característica como peculiar e integrante ao serviço:

U6 [...] tanto da secretária, quanto da gestão, quanto o profissional, vocês, o acolhimento que a gente chega aqui, tudo com muito amor, então os profissionais se dedicam [...].

U7 [...] o acolhimento que a gente recebe, tanto das psicólogas, como da secretária do Núcleo, que é a pessoa que atende a gente quando chega.

U8 Ah, eu me sinto bem aqui, sou bem tratada pelos psicólogos, pelas atendentes. Inclusive a atendente, quando eu fico um dia sem vir ela me liga, né. Então a gente se sente bem, isso faz com que cativa a gente, um bom atendimento, que eu tenho aqui, sempre tive.

Desta forma, identifica-se a proposta do acolhimento no Núcleo, atendendo a demanda das pessoas, sem qualquer distinção, na tentativa de assegurar o direito de acesso à saúde, caracterizado como um lugar que tem a proposta da universalidade, segundo a fala do coordenador:

CO [...] como a gente trabalha com a ideia de acolhimento, a gente também oferece de acordo com a demanda de serviços e de acordo com os próprios profissionais que vão identificando possibilidades novas. Mas a ideia é a mesma do SUS, a gente atender toda e qualquer pessoa que vá lá, independente de cor, de raça, de classe social. Porque nós estamos incubados a uma UBSF na perspectiva do direito, né? Todo mundo tem direito de ser atendido numa UBSF, então nós trabalhamos com a perspectiva da universalidade. Quer dizer, todo mundo que vai, que precisa, se tendo condição no momento, a gente atende, a ideia é atender todas as pessoas.

Entendemos que, quando o coordenador relaciona as práticas do Núcleo com a perspectiva da universalidade, está expressando um tipo de trabalho de acolhimento, com respeito à diversidade e garantia de direito ao cidadão, ao mesmo tempo em que é necessário que essas práticas façam conexão com os princípios do SUS, além de se constituírem em um trabalho interligado direta e indiretamente com a UBSF.

Percebe-se que, além do coordenador do Núcleo ser reconhecido como figura-chave nas ações do Núcleo, há uma secretária, profissional remunerada na equipe do Núcleo, contratada pela Missão Franciscana, citada pelos usuários e profissionais acima. Ela desempenha papéis importantes na instituição, tais como recepcionista, responsável por agendamentos de consultas, e colaboradora na administração do Núcleo. A atuação da profissional é um fator que motiva e facilita as atividades e a comunicação do Núcleo com os profissionais, usuários e UBSF. Seguem os relatos de P2, P3, P4, P5 e P8 abaixo sobre o que a secretária representa para eles:

P2 [...] ela tem esse cuidado responsável [...] ela é muito respeitosa, cuidadosa [...] tudo que eu preciso que esteja dentro da responsabilidade do Núcleo, ela entrega, concede, faz o que precisa entendeu? [...].

P3 [...] o elo do Núcleo é a secretária, por estar nos dando esse apoio que a gente precisa lá.

P4: [...] a secretária que está aqui coordenando todo o trabalho, ela já faz parte da instituição como um todo, isso facilita a comunicação [...].

P5 [...] hoje a gente tem uma secretária que facilita 'muuuuito' a vida da gente [...].

P8 [...] a própria secretária, ela inclui, ela tem uma postura de incluir as pessoas na rotina sabe, inclui as pessoas no *whats app*. Inclui e manda e-mail de ata de reunião, ela quer que você fique sabendo o que está acontecendo, ela está atenta e isso faz toda diferença no lugar.

A secretária do Núcleo foi considerada atenciosa, respeitosa, cuidadosa, responsável, comunicativa, de acordo com os profissionais acima, com quem mantém boa relação. Todos indicaram que a presença dela é fundamental para o Núcleo, que é um 'elo' entre psicólogo e usuário e facilita a comunicação entre ambos.

O trabalho da secretária é imprescindível – e em determinado momento na história do Núcleo não existia, segundo a fala da P5 acima. A inexistência desta secretária poderia prejudicar a comunicação do serviço e dificultar o contato com usuários e profissionais, pois fica explícito que a profissional tem um papel importante de comunicadora, além de outras funções exercidas, imprescindíveis para a qualidade do serviço.

Neste caso, a psicóloga, P8, observa que a secretária tem a sensibilidade de acolher as pessoas e direcionar ao grupo que melhor corresponda ao que necessitam, o que costuma acontecer com o grupo de psicoterapia para mulheres que conduz:

P8 [...] o fato dela ter essa sensibilidade, ela acaba captando muito as mulheres para o nosso grupo [...] ela tem a sensibilidade de olhar para a pessoa que está ali buscando atendimento e dizer: olha, e oferecer o grupo [...] ela tem essa capacidade de direcionamento e eu acho que ela é uma das pessoas muito importantes para que esse setor funcione tão bem.

Entretanto, foi observada sobrecarga de trabalho desta profissional, visto que a mesma realiza muitas atividades, segundo o psicólogo P4 coloca: “[...] a secretária, que é uma funcionária do espaço, cedida para o Núcleo de Psicologia, acaba muitas vezes havendo uma sobrecarga do trabalho dela por falta de outros profissionais [...]”

Esta sobrecarga de trabalho da secretária demonstra que a mesma realiza muitas funções, que dificilmente elas poderiam se constituir em trabalho voluntário, porque demandam papéis específicos, disponibilidade de tempo maior e necessidade de ter alguém presente integralmente na recepção para atendimento e encaminhamento devido.

Percebe-se então que a função da secretária é desafiadora, pois tem a responsabilidade de receber os usuários que solicitam atendimentos. Espera-se dela

uma escuta qualificada para entender o que a pessoa precisa, explicar o trabalho do Núcleo, os tipos de atendimentos disponíveis e, em alguns casos, informá-los sobre a fila de espera, oferecendo então os serviços diante da necessidade do usuário e do que está ao alcance do Núcleo.

Ao analisar as funções da secretária, chama atenção o processo de entender a demanda do usuário para que ele possa ser encaminhado para o tipo de atividade coerente ao que necessita. Entende-se que este serviço não é um tipo de trabalho que se define como uma prática psicológica, pois é apenas uma escuta qualificada às necessidades no seu papel como recepcionista e secretária, para fazer o melhor encaminhamento possível.

No entanto, o ideal seria que essa escuta inicial pudesse ser realizada por um profissional da saúde mental, diante de questões frágeis e latentes que, muitas vezes, podem ser trazidas quando se compartilha sobre determinadas situações e condições em saúde mental no relato dos usuários que, por vezes, são sérias e necessitam de um profissional da área para escutá-las inicialmente, no sentido de uma triagem mais voltada para a psicologia e o acolhimento.

Compreender a realidade e a necessidade da comunidade é imprescindível para esses profissionais do Núcleo, pois todos consideram esses usuários como parte de uma população que realmente precisa desse espaço de escuta e acompanhamento. De acordo com P1, P3 e P8:

P1 A necessidade que eu sinto que a população que procura o atendimento tem [...].

P3 [...] uma população muito carente que a gente sabe que há necessidade [...].

P8 [...] as pessoas que frequentam lá realmente estão passando por situações que requerem um grupo pra falar [...].

Neste sentido, faz-se necessário entender como este serviço se relaciona com as necessidades dos usuários como oferta do serviço e garantia de direitos. É importante reconhecer que, por mais que este trabalho seja acessível à população, ele possui suas fragilidades econômicas e estruturais. Cabe, então, apresentar aqui a infraestrutura do Núcleo e as variadas formas de organização do serviço.

A Prefeitura Municipal de Campo Grande apoia o Núcleo por meio da estrutura e manutenção do local, que é mantido financeiramente por intermédio de ações locais, doações e projetos. Caracteriza-se por ser um serviço considerado ‘barato’ do ponto de vista financeiro, para o coordenador do Núcleo: “[...] economicamente ele é mantido através de ações locais e de doações e projetos das instituições financeiras. Mas é um serviço que ele é, da forma como ele tá organizado, é um serviço muito barato [...]”. O psicólogo P4 descreve como funcionam as doações no local: “[...] tanto os brinquedos que se tem, os jogos que são utilizados com as crianças, o material e a infraestrutura que a gente tem são frutos de doações [...] nós temos bebedouro que foi fruto de doação, armários que são frutos de doações [...]”.

Essas doações colaboram para as mais variadas formas de organização e estruturação do espaço. No entanto, a dependência do Núcleo por doações para oferecer esse serviço cria maior atrelamento à disponibilidade da gratuidade das pessoas da comunidade, de políticos, de promessas e ações, que por vezes se pode contar, porém pode não se ter sempre o retorno esperado. Por mais que, no ponto de vista do coordenador, o serviço seja caracterizado como de baixo custo, uma estrutura apropriada é fundamental para oferecer um serviço digno para estes usuários.

Há muitas formas de apresentar o Núcleo e suas estruturas, citadas ao longo do estudo pelos participantes. Cabe aqui apresentar o espaço físico, o qual evidentemente carece de uma melhor infraestrutura para assegurar um bom atendimento, segundo este psicólogo P4:

P4 [...] então quando você chega e você olha o espaço, é clara essas diferentes formas de organizar [...] pintura que muitas vezes acaba entrando num estado de precarização. E aí a gente precisa de doações para que possa ser pintado este espaço [...].

A estrutura física inadequada pode impossibilitar a oferta de um serviço que necessita de estruturas básicas e necessárias para seu funcionamento como, por exemplo, as salas de atendimento, que por vezes não são suficientes para comportar a quantidade de pessoas que precisam ser atendidas, conforme relata novamente o psicólogo P4 e complementa a usuária U7:

P4 [...] a questão da infraestrutura, da precariedade de investimentos, [...] o espaço físico é pequeno pelo tanto de profissional que nós temos [...] por essa falta de estrutura, muitos trabalhos têm sido desenvolvidos extra Núcleo,

tem sido desenvolvido debaixo do pé de jaca, nas pequenas varandinhas que se tem ao lado do Núcleo, isso a gente vê muito [...].

U7 [...] é uma luta que as meninas [psicólogas] tem pra atender, porque tem pouca sala. Então assim, tem algumas coisinhas assim que se tivesse uma quantidade maior de salas, se de repente esse trabalho pudesse ser expandido [...].

Para além da dificuldade com o espaço físico, constata-se a falta de investimentos, de insumos, de materiais de escritório e da psicologia, ausência de mobílias adequadas para o atendimento, bem como a inexistência de um sistema de registro e cadastramento dos usuários. Como é um trabalho voltado para a área da saúde mental, identifica-se a importância destes componentes, conforme relata P4:

P4 [...] a gente não tem um material que é necessário para um bom atendimento, para um conforto, tanto para o terapeuta quanto para a pessoa que está sendo atendida aqui no Núcleo [...] testes, avaliação, é uma coisa que a gente pode investir muito pouco, porque a gente sabe que os testes, eles tem um valor e um valor não tão acessível [...] às vezes falta até de folha sulfite, falta de uma cadeira boa para você sentar e ficar escutando uma pessoa [...] quem tem o atendimento com as crianças precisa de materiais, no caso, uma casa lúdica, uma casinha no qual a criança pode projetar o ambiente familiar no qual ela vive, aqueles bonecos terapêuticos [...] enfim, são todos materiais que são ricos pra nós, da psicologia, e que o Núcleo não dispõe, por essa falta de investimento [...].

Este mesmo profissional observa também o sistema de acesso às informações dos usuários e aos seus cadastramentos como precário, ou seja, a tecnologia no cotidiano de trabalho destes profissionais ainda se encontra um tanto quanto obsoleta. Em sua perspectiva:

P4 [...] a falta de se ter muitas vezes um sistema onde a gente possa ter informações básicas desse paciente. Como a gente faz ainda com ferramentas, assim muito básicas, de triagem, de levantamento de dados. E nós vemos outras instituições que se tem um sistema mais qualificado e adequado para essas demandas, que se tem um registro muito melhor dos atendimentos, uma qualidade muito melhor dos dados, um controle de fluxo dessas pessoas. Então assim, nosso trabalho se aproxima ainda muito mais do manual, então acho que isso dificulta o nosso levantamento de resultados, dificulta nossa facilidade de acesso a esses documentos. Tanto que, o cadastro das pessoas que chegam até o Núcleo, ele é um cadastro a parte, não está incluído no SUS [...] então pensando deste modo, nós estamos segregados de um sistema mais amplo, que unifica a saúde da população sul-mato-grossense [...].

Este psicólogo P4, um dos únicos profissionais entrevistados que demonstra esse olhar para as necessidades da infraestrutura do Núcleo, nos leva a pensar sobre a importância da estrutura geral para uma instituição que atende à demanda em saúde mental, além da adequação de um sistema de registros e cadastros, para que as informações estejam acessíveis às ações que se integram à rede do SUS, capilarizando o serviço de forma que todos os profissionais voluntários também tenham acesso a este sistema. Dessa forma, o trabalho interdisciplinar poderá se fazer presente nessa rede de atendimento ao usuário.

O coordenador do Núcleo também reconhece a falta da infraestrutura no serviço, junto à necessidade de reorganização, mesmo que considere um serviço barato:

CO [...] às vezes falta insumos pra gente prestar um serviço melhor, uma dificuldade até financeira mesmo [...] a gente precisa se organizar melhor, mas isso é uma necessidade que o tempo vai exigindo, quer dizer, o movimento do Núcleo vai exigindo uma organização diferente, mais aprimorada né? [...].

Todavia, cada profissional vive um cotidiano e perspectivas específicas em relação à estruturação do espaço de trabalho. A psicóloga P5 considera que a estrutura física do Núcleo já avançou muito e a visualiza como atualmente adequada para o contexto do serviço: “[...] a própria estrutura, acredito que a estrutura que facilita [...] foi desativado um setor pra virar um Núcleo de Psicologia, então tem mais uma estrutura física hoje mais adequada, isso facilita bastante [...]”.

Além da reflexão sobre a estrutura, é preciso descrever as características dos profissionais e o vínculo deles com o Núcleo. Os psicólogos são atuantes neste local como voluntários e a documentação que oficializa essa relação de trabalho no Núcleo é realizada via Missão Franciscana, conforme a fala do coordenador: “O Núcleo é através de um documento que é feito, através do ato em que eles começam o trabalho. É feita uma documentação que conta como voluntariado, como psicólogo voluntário [...]”.

Cabe também apresentar a atual condição da oferta de atendimentos no Núcleo: individuais, em grupo e domiciliar. No entanto, a equipe de psicólogos voluntários se organiza desta forma: uma psicóloga realiza atendimentos individuais, em grupo e domiciliar; cinco psicólogos realizam atendimentos individuais; uma

psicóloga realiza apenas a prática grupal e uma psicóloga trabalha na administração do Núcleo, mas já fez atendimentos individuais e grupais.

No entanto, como se pode perceber, a maioria dos psicólogos entrevistados realizam atendimentos individuais, pois justificam que o grupo demanda tempo, experiência profissional na área, bem como afinidade pessoal e profissional com este tipo de prática, como seguem os relatos:

P2 Lá eu só atendo individual [...] se for atendimento de grupo, já é algo que eu não tenho feito isso, então eu vou chegar lá e ficar com pouca experiência pra trabalhar nisso, né? [...].

P4 [...] acabei ficando no trabalho individual, é, principalmente porque eu acredito que o grupo me demandaria um pouco mais de trabalho [...] grupo exige uma flexibilidade um pouco menor, enfim demanda um pouco mais de trabalho para você manter o grupo. [...] claro que eu defendo uma psicologia além do trabalho clínico, acredito que os problemas não estão só no indivíduo e se tem um todo muito maior que está envolvido nessa série de problemáticas que chegam ao indivíduo. Porém eu acredito que a gente pode ter algumas contribuições a serem feitas quando a gente faz esse trabalho individual. E acredito na efetividade da clínica [...].

P6 Já fiz os dois. Comecei com a técnica roda de conversa, em grupos. E por falta de tempo, tempo limitado, eu fiquei só na clínica. A partir do ano passado e deste ano não estou atuando como clínica. Na verdade, eu estou fazendo um trabalho hoje. É.. como grupo estratégico de administração do próprio Núcleo [...].

Na psicologia existem diversas abordagens teóricas e epistemológicas a serem utilizadas, o psicólogo pode escolher qual a melhor técnica que pode contribuir em sua prática, dependendo também da demanda apresentada pelo usuário.

Cabe descrever que esse contexto do voluntariado no Núcleo possibilita certa flexibilidade para os profissionais escolherem o tipo de atendimento e a abordagem psicológica que irão atuar, propiciando um contexto de descobertas e aprendizado para o profissional, segundo a fala do coordenador:

CO [...] é um espaço, é um mundo de possibilidades [...] é que não tem os guetos de abordagens psicológicas. Lá é um espaço onde todos podem atuar sem problema tá? Então tem gente de base analítica, tem gestalt terapia, tem o pessoal da cognitivo comportamental, tem psicodramatista, tem da sistêmica. Quer dizer, tem espaço pra todo mundo né? E a gente evita esses guetos assim, que é importante ter uma base teórica né, pro psicólogo atuar. Mas por outro lado, tem que ter uma flexibilidade.

É importante ressaltar que essa liberdade e flexibilidade, descritas no perfil destes profissionais e do Núcleo, constrói um conhecimento que capacita o

profissional a produzir e legitimizar sua prática a partir da ideia de que todo ato de construção do saber, nesse contexto do Núcleo é bem-vindo, envolvido pela ideia dos autores Rasesa e Guanaes (2006), de que não existe o certo ou errado em sua prática, mas sim o mais útil e menos útil em seu contexto de atuação, de acordo com a realidade apresentada.

Desta forma, o psicólogo possui a experiência do trabalho voluntário na área da psicologia, assim como o aprimoramento de sua prática profissional. Sendo assim, esses atendimentos ocorrem em consonância a outros projetos desenvolvidos no Núcleo. O coordenador, em entrevista, descreve essa particularidade do serviço e como esses atendimentos são ofertados, considerando-os flutuantes, ou seja, são rotativos:

CO [...] a gente oferta serviços de psicoterapia individual, em grupo, grupos operativos, rodas de conversas, arteterapia, atendimento em clínica ampliada, atendimentos domiciliares [...] tem grupos de famílias, grupo de homens, grupo de mulheres, grupos de obesidade, tem grupos de triagem. E esses serviços são flutuantes [...].

Como a maioria do público é de mulheres, o Núcleo ofertava no período da pesquisa três grupos com este público. Percebe-se então, como esta configuração grupal tem sido útil para a comunidade, pois é um espaço onde elas podem compartilhar suas dores, sofrimentos, conquistas, relacionamentos, etc.

Identifica-se também outros profissionais voluntários e tipos de serviços ofertados no Núcleo além da Psicologia, os quais, no período da pesquisa, contavam com profissionais com atuação nas áreas de Serviço Social, Nutrição, Direito, Fisioterapia, Artesanato e Acupuntura. Segue a fala do coordenador, explicando esse funcionamento:

CO [...] tem Assistente Social nessa mesma forma da Psicologia, tem Nutricionista [...] tem Artesãos, tem Advogados com Orientação Jurídica. Porque às vezes a pessoa tá com o sofrimento psíquico decorrente de uma dificuldade... porque 'cortaram minha aposentadoria', um idoso, né. E aí tem todo um transtorno, porque ele vive disso. Então o psicólogo vai dar o suporte. Mas ele sabe que tem uma advogada que pode fazer uma orientação jurídica, pode dizer qual que é a ferramenta social que se tem disponível na cidade. Então é um serviço que é bem legal. Nós já tivemos educador físico lá. [...] ah, tem fisioterapeuta também, por conta do programa de hanseníase, nós precisamos de uma fisioterapeuta, ela tá fazendo um trabalho muito legal lá.

Esta oferta de cuidado do serviço é realizada, muitas vezes, de forma integrada aos atendimentos da psicologia e ajuda a entender que a ideia citada pelo coordenador é de desenvolver a proposta de integralidade e da interdisciplinaridade, partindo da perspectiva biopsicossocial:

CO [...] como a gente parte da ideia do biopsicossocial, a gente percebe no Núcleo a necessidade de integração com outras áreas. Por vezes você atua lá como Psicólogo, mas eu preciso do Nutricionista, a pessoa precisa ser encaminhada para o Nutricionista, então a ideia é que seja tudo integral, seja atendimento. E parte da ideia de integralidade do SUS [...].

Essa integração se concretiza via usuário ao trazer a sua demanda, fazendo com que essa necessidade de trabalho seja coerente a uma lógica interna do sistema. E para a construção das práticas em saúde calcadas no princípio da integralidade, segundo Souza *et al.* (2008), deve-se considerar o usuário como protagonista, desenvolvendo práticas relacionais e humanizadas, que possibilitam o acesso ao serviço.

Observa-se no Núcleo uma proposta de atendimentos e atividades com práticas que possam integrar e complementar o serviço de psicologia. Contudo, verificou-se que tais práticas não possuem tanta aderência dos usuários e usuárias entrevistados.

Dos dezoito usuários entrevistados, apenas três usuárias fazem o uso de outros serviços no Núcleo, além da psicologia: uma usuária faz acompanhamento na acupuntura, técnica da medicina chinesa considerada como uma prática integrativa e complementar no SUS; uma usuária é orientada pelo nutricionista, trabalho que consiste em acompanhamento do controle alimentar, com hábitos de refeições saudáveis; e outra usuária participa dos encontros para o grupo do terço, atividade desenvolvida pela Missão Franciscana, com a coordenação dos Freis. Seguem as falas de duas usuárias que utilizam esse serviço:

U2 [...] 'tô' aplicando essas agulhas, você acredita que nunca mais doeu? [...] até enxergar um pouquinho a mais eu 'tô' enxergando com essas agulhas [...].

U11 Eu participo de quarta-feira 8h da manhã sempre tem o terço, a gente reza o terço aqui.

Já a usuária U7 afirma que sabe da existência desse tipo de serviço, mas escolhe não participar: “[...] eu nunca participei de nenhuma outra atividade, mas não que eu não saiba, eu sei que existe, até acho bem legal, mas nunca participei”.

Verificou-se então, no discurso das usuárias U2 e U11, que há uma adesão a essas práticas complementares ao serviço de psicologia e que tal ação já faz parte do cotidiano das mesmas, que acreditam na melhoria com suas participações. No entanto, apesar de não serem serviços da psicologia, também promovem saúde mental e qualidade de vida para as mesmas, podendo se configurar como uma ação de promoção em saúde do próprio Núcleo.

Outrossim, foram sugeridas mais atividades que possam contribuir com a promoção em saúde, mesmo que de maneira indireta, como relata esta psicóloga P6 e a usuária U9, que sugerem oficinas de pintura e artesanato:

P6 [...] gostaria que tivesse mais apresentações musicais, teatrais, no lado da arte e da cultura. Seria interessante se também a gente conseguisse aí artistas na gratuidade, por absoluta falta de recursos financeiros, então seria interessante né, também é uma área boa pra promoção da saúde.

U9 [...] Ah, eu gosto muito de fazer pintura, artesanato reciclagem assim [...].

Cabe apresentar que a atividade de artesanato foi relatada pelo coordenador do Núcleo acima e existe como proposta do serviço, mas depende de voluntários para se manter. Então, de toda forma, a instituição carece de pessoas com iniciativas a serem desenvolvidas conforme a demanda da comunidade para integrar as propostas de promoção em saúde no serviço.

Há que se reconhecer, também como estrutura do Núcleo, a parceria com a Universidade Católica Dom Bosco. A instituição concede um convênio de parceria por meio do estágio, no qual acadêmicos de Psicologia que estão no eixo básico e específico e atuam na realização de atendimentos psicoterápicos individuais e grupais, bem como ações e projetos orientados por seus supervisores da Universidade. O coordenador explica como é firmada essa parceria, a quantidade de estagiários no período da pesquisa e como eles são supervisionados em seus atendimentos:

CO Eu acho que são 08 por semestre, fora aqueles estagiários de observação que vem pra conhecer do estágio básico. Estes são do estágio específico que atuam nos grupos e na clínica [...] esses acadêmicos, eles têm dois tipos de

supervisão. Eu faço uma supervisão mensal com eles, dos atendimentos. E eles também recebem supervisão da psicóloga, dos professores da UCDB [...] eles vêm através da Universidade, tem todo um processo jurídico da faculdade, assinam, eles tem que assinar a folha de presença, tem que assinar termo de comprometimento [...].

Estes acadêmicos são inseridos no Núcleo na construção de um espaço formativo, possuem acesso aos eixos de atuação da psicologia e promoção de saúde, incorporados no contexto do Núcleo e da UBSF. No caso dos atendimentos no Núcleo, a atuação deles pode ser caracterizada como uma atuação em Clínica Escola, podendo estes realizarem atendimentos individuais e grupais, bem como o que se mostrar necessário para ser desenvolvido na instituição.

Verifica-se a Universidade como uma instituição de apoio muito importante para a UBSF e o Núcleo pois, com esta parceria, tanto na disponibilidade de acadêmicos para compor o atendimento à demanda institucional quanto a contribuição da Universidade com o saber teórico e prático, coopera com ações conjuntas e se caracteriza como rede de apoio para o serviço do Núcleo. Podemos até cogitar a possibilidade de tal serviço ficar comprometido no que se diz respeito ao atendimento às altas demandas, se não houvesse este apoio, pois profissionais e acadêmicos necessitam dessa instituição de forma direta e indireta.

A profissional P1 cita a sua forma de parceria com a UCDB, cuja instituição oportuniza à mesma uma orientação supervisionada de seu trabalho, no que se trata de suas práticas e na construção do saber da psicologia:

P1 [...] outra coisa também que me auxilia muito são os supervisores da UCDB, porque quando tenho algo no meu fazer psicológico que tenho dúvida, por ser um trabalho voluntário, eu não tenho condições de pagar uma supervisão para os atendimentos aqui, mas eu tenho os supervisores da UCDB esse apoio [...].

Portanto, percebe-se que existem pilares fundamentais para que o serviço funcione: o espaço físico que é cedido pela PMCG; os insumos materiais, em sua maioria, por meio de doações de pessoas, instituições e arrecadação interna no Núcleo; a Missão Franciscana, que ajuda a manter a administração do serviço; os recursos humanos, que são os profissionais voluntários, os estagiários da parceria com a UCDB, a secretária administrativa e o coordenador. É preciso considerar que este serviço possui uma fragilidade, pois depende diretamente de pessoas para se manter e continuar atendendo as demandas da comunidade.

5.3 Saúde mental no Núcleo de Psicologia: demandas e mecanismos para o acesso ao atendimento

Com relação às demandas em saúde mental do Núcleo, contextualizando os mecanismos dos usuários para chegarem até o serviço, verificou-se que há origens distintas de acesso: via instituições e a própria demanda espontânea dos usuários, conforme Tabela 01.

Identifica-se que cinco usuários buscaram o serviço por conta própria, sem nenhum encaminhamento. Quatro usuários foram encaminhados pela própria UBSF, o que acontece por meio da referência e contra referência das equipes dos profissionais de saúde. Três usuários foram encaminhados por outras Unidades de Saúde. Observa-se, também, o encaminhamento realizado por várias áreas de outros setores, o Judicial, de Assistência Social e a RAPS. Três usuários foram encaminhados pela Defensoria Pública e Defensoria da Mulher, dois usuários encaminhados através do CRAS e um usuário encaminhado por meio do CAPS.

Tabela 01 – Acesso ao atendimento dos usuários entrevistados e atendidos no Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no ano de 2018.

Categoria	Nº
Demanda espontânea	5
UBSF São Francisco	4
Outras UBS E UBSF	3
Judicial (Defensoria Pública, Defensoria da mulher)	3
Assistência Social (CRAS)	2
Rede de Atenção Psicossocial (CAPS)	1

Como o Núcleo se apresenta como um serviço que atende demandas de saúde mental como uma condição e não apenas como uma doença ou um transtorno, as instituições sabem que podem realizar o encaminhamento e os usuários também conhecem o serviço através das pessoas da região que são atendidas.

Dos usuários entrevistados que buscaram atendimento psicológico por meio da demanda espontânea, podemos identificar as afirmações que realçam a comunicação entre a comunidade sobre os serviços, o que favorece que o usuário tenha uma consciência e motivação em buscar por conta própria o acompanhamento no Núcleo. A fala de U2 e U6 descrevem como essa comunicação entre a comunidade acontece:

U2 [...] porque tem bastante gente que quer, as mulherada quer né?! Porque a gente comenta né, elas falam: “e aí você melhorou?”. Eu falo “ai menina eu vim aqui no chão” [...].

U6 [...] e indico viu, olha o que eu indico isso aqui, acho que tem um monte de gente na fila de espera, porque eles viram minha melhoria, viram a consistência do negócio, quando eu converso, quando eu comento o que já aconteceu. Então eles tão acreditando no serviço, você entendeu? E no acreditar, falam assim: “poxa eu tô precisando também” [...].

Desta forma, usuárias e usuários buscam o atendimento de maneira espontânea, a partir desta rede de pessoas que compartilham seus processos terapêuticos e de melhorias em suas condições de saúde mental, relatam sobre a evolução terapêutica e indicam o atendimento, pois confiam no trabalho do Núcleo e acreditam que o serviço pode colaborar com o processo de saúde de outros usuários.

Observa-se, também, que na própria UBSF o encaminhamento acontece através da referência e contra referência das equipes dos profissionais de saúde, os quais encaminham para o Núcleo, conforme a fala do coordenador:

CO Ah! uma coisa boa é o link que os psicólogos fazem com o pessoal da Nutrição e com os demais profissionais da Unidade de Saúde. Então, às vezes o dentista vai atender uma pessoa que tem fobia. Aí ele manda no Núcleo, e vice-versa. Às vezes no Núcleo nós atendemos uma pessoa que nós identificamos que ela precisa passar na ginecologista, então a gente já encaminha imediatamente.

A referência e contra referência, junto à interconsulta, que proporciona esse diálogo multiprofissional, segundo a fala do coordenador, possibilitam encaminhamentos com base nas avaliações dos profissionais e seus saberes, intersectando-os para uma prática coletiva.

Na fala da psicóloga P5, fica explícito que a demanda que chega por parte da UBSF atende a necessidade da população de forma corresponsável, a qual, segundo a sua ótica, existe também por conta das demandas da Unidade: “[...] eu acredito que

essa demanda chega mais ali por conta dessa facilidade que eles tem com a Unidade de Saúde e foi passado para o Núcleo de Psicologia”.

Contudo, estas falas nos fazem questionar sobre o sistema de referência e contra referência que o coordenador cita, bem como as demandas que chegam da própria Unidade e de outras UBS e UBSF também, cujo questionamento advém da fala deste psicólogo P4: “[...] quando a gente fala de UBS a gente fala de trabalho em equipe multidisciplinar. Então acaba se esquecendo esse diálogo multiprofissional e acaba ficando muito em práticas psicológicas individualizadas, apartadas das outras áreas [...]”.

Desta forma, como já citado anteriormente sobre a dificuldade de integração do Núcleo com a própria UBSF São Francisco, este profissional P4 também atenta para uma possível falha na comunicação com a Unidade de Saúde, ressaltando a importância do diálogo entre as áreas de saber, bem como a necessidade de práticas orientadas por uma proposta coletiva e compartilhada.

Observa-se, ainda, o encaminhamento realizado por outras áreas da rede, o setor judicial, de assistência social e a rede de atenção psicossocial, por parte das instituições: Defensoria Pública, Defensoria da Mulher, CRAS, CAPS, etc., diversidade relatada pela psicóloga P1: “[...] nós recebemos pacientes de todos os lugares. Nós recebemos pacientes do CAPS, nós recebemos pacientes do CRAS, do CREAS [...]”.

Apesar de se apresentar como uma amostra pequena na tabela, o CAPS, serviço de apoio psicossocial, atende à demanda em saúde mental de média à alta complexidade e realiza encaminhamentos para o Núcleo de Psicologia conforme a queixa apresentada pelo usuário. E como o Núcleo se dispõe ao serviço de atendimento às demandas de saúde mental como uma condição e não apenas como uma doença ou um transtorno, o CAPS encaminha a demanda conforme o que se encaixa na proposta do Núcleo.

No entanto, no que se refere ao setor judiciário, percebe-se uma relação próxima da P1 com a Defensoria Pública e a da Mulher, por receber demandas de divórcio e violência doméstica contra a mulher, fica evidente a intercomunicação com este setor. Verificamos que, nesta relação institucional, há um exemplo de

colaboração intersetorial, que diz respeito a uma continuidade no cuidado e participação ativa dos setores envolvidos:

P1 [...] através do meu trabalho aqui eu tenho acesso a Defensoria Pública. Então eu sei quando ela [mulher] chega aqui, onde ela vai fazer denúncia, como ela vai fazer, então eu tenho acesso a Casa da Mulher Brasileira [...] na Defensoria a gente tem um trabalho de referência e contra referência, então eles mandam pra cá, [...] a gente não indica pra lá e fica joga pra lá, mas eu sei quais são os passos dela lá dentro, eles dão a devolutiva dela e eu dou a devolutiva dela também.

De acordo com a descrição da psicóloga P1, há uma facilidade no acesso a um trabalho intersetorial e verifica-se que estes sistemas de referência e contra referência podem favorecer o acesso do usuário a setores macro e micropolíticos. Neste caso, a psicóloga consegue acompanhar as usuárias que atende nos mais variados níveis institucionais.

Todavia, cabe relatar aqui, em relação aos serviços e à assistência em saúde mental para além do Núcleo, que uma usuária destacou a experiência vivenciada em um determinado serviço como um dificultador para sua caminhada na luta por seus direitos como mulher, vítima de violência doméstica, cujo perfil será apresentado mais abaixo em outro item.

Esta usuária U7 relata sobre o encaminhamento equivocado, a maneira como foi atendida e a abordagem que foi utilizada pela profissional e pelo serviço que a atendeu. Segue a entrevista desta usuária, longa, mas necessária para a compreensão da fragilidade da assistência em algumas instituições da rede de atendimento:

U7 [...] no dia que cheguei lá eu tive um surto muito grande lá dentro da [Local de assistência da rede que não será divulgado] no psicossocial, a [nome da profissional que não será divulgado] que é a psicóloga lá que me atendeu, ela me colocou numa Kombi, num veículo da [Local de assistência da rede que não será divulgado], e me levou até um local que eu não sei te explicar onde é [...] quando cheguei lá, ela chamou a pessoa responsável pelo atendimento psiquiátrico, falou que acompanhava minha situação [...] eu entrei achando assim ne “vai fazer alguma coisa por mim”. Aí ela [segunda profissional que a atendeu] falou assim pra mim: “porque que você veio aqui?”. Aí eu expliquei o que aconteceu [...] aí ela falou assim: “tá, mais o que que você quer? Você veio aqui por quê?”. Eu falei: “eu nem sei te falar porque, eu fui lá, porque eu precisava falar o que eu tava sentindo, eu precisava por pra fora, porque senão eu ia matar alguém, eu ia fazer uma coisa muito ruim” eu falei assim, “porque eu não tava bem, por isso que eu fui até lá, agora a decisão de vir até aqui foi dela [profissional que a atendeu primeiro]. Não sei que lugar é esse, não sei o que vocês fazem aqui, mas se ela me trouxe aqui é porque ela sabia que vocês podiam me ajudar.” [...] “eu preciso de um medicamento,

de uma coisa que me acalme, porque eu não consigo mais andar sozinha [...] então eu não sei, acho que eu preciso de um remédio, eu não sei o que eu preciso pra mudar isso”. Aí ela falou assim pra mim: “é isso mesmo ou você quer um atestado pra ser afastada do serviço?”. Aquele dia marcou assim pra mim sabe, porque eu falei assim, gente como que pode, tá que tem muita gente aí querendo se dar bem sabe, mas assim, eu acho que o mínimo que você tem que fazer antes de fazer esse julgamento é procurar saber o que tem com aquela pessoa. Porque você tá vendo a pessoa a primeira vez, você já vai julgar que o que ela tá querendo é se dar bem sabe, fazer uma coisa que é errado. Eu falei assim pra ela, “minha senhora, eu nem preciso, muito pelo contrário, se me afastar do serviço acho que eu vou morrer, porque a única coisa que me tira dos problemas que eu tô passando é o meu serviço”. Então ela falou assim “pois então aqui eu não tenho ajuda pra você, vou te dar o endereço, você sabe onde fica a Unidade Básica, ou o UPA do Coronel Antonino?”. Eu falei “sei sim senhora”. Ela falou assim “então é pra lá que você tem que ir, porque você vai chegar lá, agora você tá bem, você não precisa ir. Quando você tiver sentindo o que você tava sentindo quando você chegou lá na [primeira profissional que a atendeu], se é que você tava sentindo alguma coisa. Você não precisa ir lá porque ela não vai poder fazer nada por você, vai direto lá no UPA, porque chega lá, eles vão chamar pra você uma unidade móvel da psiquiatria e eles vão te medicar”.

Percebe-se neste discurso o acolhimento que não é encontrado em determinados âmbitos da rede de atenção psicossocial, cujos espaços, muitas vezes, a escuta qualificada não existe e a abordagem é centrada no problema e não na pessoa. Neste caso, houve um longo tempo de espera, a não correspondência das angústias e até a negação da escuta de alguém ávido para falar, se expressar. Nesse encaminhar e reencaminhar, é reforçada a revitimização da pessoa, porque ela revive todo o trauma, tornando pior o seu acesso ao sistema.

Com isso, o usuário procura auxílio “de porta em porta” nas redes de atendimento públicas, reforçando mais uma vez uma cultura voltada para a medicalização, pois como não tem ninguém para o atender com uma escuta qualificada, a solução mais fácil é tomar o medicamento, necessitando de uma resposta rápida para suas queixas e problemas.

A usuária 07 relata ainda sobre as dificuldades em sua trajetória. Ao decidir denunciar o seu agressor, precisou do apoio da rede de saúde mental para lidar com as adversidades que enfrentava e identificou que esta não é uma decisão fácil e que outras mulheres também passam por essa problemática. Sendo assim, relata:

U7 [...] existem ainda muitas falhas [...] porque hoje eu vejo assim, muitas vezes eu acredito que a mulher, ela não toma coragem de ir, porque... não vai realmente ter essa visão que eu tenho hoje. Demorou pra conseguir chegar nesse patamar, então assim quando vai, o que acontece? A gente chega lá, a gente faz a denúncia, mas a gente volta. [Silêncio] E aí nesse voltar, “o que eu faço, o que eu vou encontrar lá?” [...].

Essas características dificultam formas de resolutividade de casos, pois o sistema está focado no encaminhamento, sem a escuta da demanda e sem a continuidade do cuidado para com o usuário.

No entanto, é preciso responder a estas e outras demandas por meio da comunicação intersetorial. A qualidade do atendimento é de suma importância para a continuidade do cuidado e a integração da rede, porque o profissional individualmente não consegue acessar a rede de apoio para colaborar no fortalecimento dos direitos das pessoas com determinadas condições de saúde mental.

A Tabela 02 a seguir demonstra o tempo de acompanhamento psicológico dos usuários. Identifica-se uma porcentagem maior das pessoas atendidas de 02 a 03 meses e de 25 a 48 meses (02 a 04 anos) e em segundo lugar, pessoas acompanhadas há mais de 49 meses (04 anos pra mais).

Tabela 02 – Tempo de acompanhamento psicológico dos usuários entrevistados e atendidos no Núcleo de psicologia da UBSF São Francisco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, ano de 2018.

Categoria	Número (18)
1 semana	1
2 a 3 meses	5
4 a 12 meses	2
13 a 24 meses	2
25 a 48 meses	5
49 meses e mais	3

Seguem as falas das usuárias entrevistadas no que se refere ao tempo de acompanhamento psicológico e de suas idas e vindas no processo terapêutico, muitas vezes, adiadas:

U4 [...] porque a psiquiatra pediu, o médico cardiologista pediu, e eu fiquei sempre adiando. Achava assim, que não era o meu caso e agora que eu

entendi, que eu acho que eu tenho depressão, então eu achei que eu devia pedir uma ajuda [...].

U6 Então, houve pausas, mas digamos assim, do início uns 6 anos, depois eu parei e voltei agora [...] na verdade assim, antes de chegar a esse ponto eu deveria já ter voltado antes, mas a gente se enrola tanto com as coisas que você paga pra ver ne? [...].

Desta forma, considera-se que o acompanhamento psicológico se constitui de um processo terapêutico que envolve além do profissional e do serviço, mas também na intenção deste último em iniciar e continuar, se constituindo de um processo de corresponsabilidade entre ambos.

5.4 A construção do conhecimento sobre o usuário atendido no Núcleo de Psicologia

Como já foi dito, a UBSF São Francisco, inicialmente, atendia uma população hanseniana. Posteriormente, esse mesmo grupo criou a demanda por atendimento psicológico, incentivando a criação do Núcleo de Psicologia, com o objetivo de corresponder às diversas necessidades em saúde mental da comunidade.

Nas considerações do coordenador, o público atendido inclui “[...] criança, jovem, adulto, idoso, homem, mulher [...]”. Pelo fato de a pesquisa ter sido realizada apenas com maiores de 18 anos, o público jovem e infantil citado pelo coordenador não foi entrevistado.

A Tabela 03 mostra o perfil dos usuários em atendimento no Núcleo de Psicologia no período do estudo e que participaram das entrevistas, abrangendo seus contextos demográficos, sociais e econômicos, conforme tabelas a seguir:

Tabela 03 - Perfil demográfico e social dos usuários entrevistados e atendidos no Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no ano de 2018.

Categoria	Número (18)
Faixa etária	
20 a 29	2
30 a 39	5
40 a 49	2
50 a 59	5
60 e mais	4
Sexo	
Feminino	15
Masculino	3
Naturalidade	
Campo Grande	4
Outras cidades de Mato Grosso do Sul	8
Outros Estados	6
Local de residência	
Nova Lima	4
Jardim Columbia	3
Jardim Anache	2
Vida Nova II	2
Parque Iguatemi	1
Jardim Futurista	1
Atlântico Sul – Estrela do Sul	1
Mata do Jacinto	1
Jardim Presidente	1
Vila Nasser	1
Morada Verde	1

Referente à faixa etária do público entrevistado, que se encontrava em atendimento no Núcleo no período da pesquisa, identificou-se idades de 20 a 60 anos para mais. A maioria dos entrevistados estavam na faixa etária de 30 a 39 anos e de 50 a 59 anos, conforme Tabela 03. A idade de 60 anos também demonstrou-se representativa, identificando que o Núcleo possui um público da terceira idade.

O principal público atendido no Núcleo são as mulheres (15), demonstrado representativo quando comparado ao número de homens (03). Em estudos como o de Guibu *et al.* (2017), com o intuito de caracterizar o perfil do usuário que busca o serviço da APS em âmbito nacional, verificou-se, através de sua amostra, que apenas 24,2% dos homens utilizam este tipo de serviço. Isto fica evidente na fala da psicóloga P3, que trabalha no Núcleo há cinco anos e percebe essa diferença: “[...] eu vou te dizer que, durante todo esse tempo que eu tô no São Francisco, eu tô atendendo o segundo homem [...]”.

Segundo Gomes, Nascimento e Araújo (2007), uma das explicações que se referem a hábitos de prevenção, este geralmente advém mais das mulheres do que dos homens, identifica-se que o autocuidado é visto como um ato culturalmente próprio do feminino. O homem, ao se deparar com diagnósticos de doenças e ter de aderir ao tratamento, sente medo, insegurança e incerteza, dificultando práticas de prevenção a agravos com esse público.

Portanto, é um desafio para o sistema de saúde e para o Núcleo da UBSF São Francisco alcançar o acesso com equidade de gênero, pois há que se considerar a procura por ações preventivas, de acordo com Pinheiro *et al.* (2002), que comumente estão mais voltadas para as mulheres. As ações relativas à equidade de gênero não são percebidas, muitas vezes, pelo poder público, sendo fundamental que políticas públicas voltadas para o gênero masculino sejam reformuladas e implantadas.

Sendo assim, por conta do maior público atendido no Núcleo, que é o feminino, é primordial incluir mais ações e projetos com relação a promoção de saúde voltados para o gênero masculino, para que a demanda deste setor seja contemplada diante da necessidade de atendimento psicológico e rupturas nos sentimentos citados acima, tal resistência advém de um processo de socialização, com papéis de gênero diferenciados para mulheres e homens.

A Tabela 03 também mostra a naturalidade e o local de residência dos usuários. Grande parte dos entrevistados não são naturais da cidade de Campo Grande (MS), sendo apenas quatro usuários nascidos na capital, oito usuários de cidades do interior do Estado do MS e seis usuários naturais de outros Estados.

Essa informação sobre o acesso ao serviço de saúde e a centralização dos serviços oferecidos no município é muito significativa. Segundo Arretche (2003), grande parte da rede ambulatorial e dos serviços da APS foram se municipalizando. Contudo, as ações dos governos dependem diretamente de incentivos e controles para um desenho institucional de políticas públicas, inclusive para a descentralização de ações e serviços da rede de saúde pública dos municípios.

Os distritos sanitários da SESAU dos territórios de abrangência da UBSF São Francisco, como já citado anteriormente, são: Colúmbia, Anache e Nova Lima, tendo nove usuários destes respectivos bairros, residindo nessas regiões e sendo atendidos no Núcleo. Sendo os outros nove de outros bairros, conforme se apresenta na Tabela 03. As usuárias U7, U14 e psicóloga P3 explicitam como funciona este acesso:

U7 [...] eu já vi uma pessoa aqui que veio de Sidrolândia, não sei se alguém encaminhou, mas essa pessoa soube de alguma forma que tinha esse projeto né? [...].

U14 [...] não é perto da minha casa, é longe, mas eu venho com muita satisfação, principalmente porque eu percebo que o profissional também me atende com essa satisfação. Então assim, foi uma das questões realmente que me motivou a vir até aqui, atravesso a cidade (risos).

P3 [...] ele se tornou um trabalho que está atendendo pessoas da cidade inteira. Nós atendemos gente de todos os cantos da cidade! [...].

Fica evidente que o Núcleo atende amplamente a capital, considerando outros distritos sanitários da SESAU, inclusive àqueles que não abrangem o seu território adstrito, permitindo também o acesso até de usuários de outras cidades, isso acontece também porque o Núcleo funciona independente da UBSF, a qual tem como princípio atender apenas usuários de seu território adstrito.

Desta forma, cabe apresentar o perfil social e econômico dos usuários do Núcleo, abrangendo os contextos de estado civil, renda familiar e profissão/ocupação, encontrado na Tabela 04:

Tabela 04 - Perfil social e econômico dos usuários entrevistados e atendidos do Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco, Campo Grande, Mato Grosso do Sul, no ano de 2018.

Categoria	Número (18)
Estado Civil	
União estável	8
Divorciado(a)	5
Viúvo(a)	3
Solteiro(a)	2
Renda Familiar	
Menos de 1 salário mínimo	1
1 a 2 salários mínimos	11
2 a 3 salários mínimos	2
3 a 4 salários mínimos	1
4 a 5 salários mínimos	2
Mais de 5 salários mínimos	1
Profissão/ocupação	
Do lar	4 1*
Doméstica	2
Cozinheira	1 1*
Professor(a)	2
Aux. Administrativo	1*
Serv. Gerais	1*
Autônomo(a)	1
Aposentado(a)	1
Educador(a) social	1
Motoboy	1
Zelador	1
Atualmente em situação de desemprego*	4

Quanto ao estado civil, identifica-se que quase oito usuários possuem união estável. Quatro usuárias encontram-se divorciadas e um usuário divorciado, três usuárias são viúvas e dois usuários são solteiros.

Referente ao rendimento mensal familiar, observa-se que onze dos dezoito entrevistados recebem de um a dois salários mínimos, um usuário recebe menos de um salário mínimo e seis usuários recebem mais de dois salários mínimos.

Diante das ocupações que mais se destacaram, verificou-se as designadas pelas usuárias como do lar. As profissões de doméstica, cozinheira(o) e professor(a) também se destacaram, conforme Tabela 04. Quatro entrevistadas estavam desempregadas e, inclusive, como pode ser visto na fala da U18, este foi o motivo da busca por acompanhamento psicológico: “[...] agora me fragilizei mais por causa do desemprego, que me sinto mais assim, desestruturada”.

Abaixo, as psicólogas relatam visões distintas sobre o público do Núcleo, no que se refere ao nível intelectual, de formação e renda mensal familiar. Tais compreensões se tratam de perspectivas diferentes, trazendo a percepção de que o Núcleo abarca variados públicos. Seguem as observações:

P3 [...] todo mundo acha que os pacientes que a gente atende no São Francisco são pacientes só de baixo poder aquisitivo e baixa cultura em si. Por exemplo, pela média dos meus pacientes, mais da maioria é do segundo grau, alguns tem nível superior [...].

P6 [...] outro perfil são pessoas com baixo nível intelectual [...] a princípio é o público SUS, não tem critério de atendimento por renda por exemplo, é o público SUS [...] são pessoas da comunidade, daquela comunidade ou entorno, e pessoas com baixa renda [...].

Como dito anteriormente pelo coordenador, como o Núcleo trabalha com a proposta da universalidade este atende todas as pessoas independente da realidade econômica, ou seja, não possui nenhum critério para o usuário ser atendido.

5.5 A construção do conhecimento sobre o psicólogo voluntário do Núcleo de Psicologia

O Núcleo estrutura-se como uma instituição que conta com profissionais no campo do voluntariado, como uma oportunidade para psicólogos e psicólogas oferecerem o conhecimento adquirido na graduação e aprimorarem suas experiências profissionais.

Deste profissional, espera-se uma formação ética com conhecimentos compatíveis às demandas e, ao mesmo tempo, almeja o reconhecimento do seu trabalho e uma oportunidade de exercer o voluntariado no espaço do Núcleo.

Com base nas construções deste item, apresentaremos o perfil das psicólogas e psicólogos entrevistados que estavam atuando no Núcleo no período da entrevista, bem como discutiremos sobre o perfil destes profissionais, a porta de entrada iniciarem o trabalho no Núcleo, considerando o que o motivou a iniciar o trabalho no serviço; o que o mantém ainda na instituição; o que entende de sua atuação e suas práticas; e como compreende seu papel no contexto da psicologia inserida na APS.

Considerando idade, ano de formação e tempo de atuação no Núcleo, demonstrado na Tabela 05, de oito profissionais entrevistados, seis são mulheres e dois são homens, constatando o gênero feminino como a maioria. A idade média foi de 24 à 54 anos para mais. O tempo mínimo de formação em Psicologia é de três anos e o tempo máximo é mais de dezoito anos.

Com relação ao tempo de atuação no Núcleo, estes profissionais têm como característica 11 meses o menor tempo de atuação e 11 anos o maior tempo de atuação. Ou seja, há profissionais que atuam no Núcleo desde uma data próxima a de sua criação e que acompanham o serviço desde o início. No entanto, dois profissionais estão atuando há 08 meses e 01 ano, sendo quatro profissionais atuando de 01 ano a 05 anos e dois profissionais atuando de 05 a 11 anos. A seguir, na Tabela 05:

Tabela 05 – Perfil do profissional da psicologia, segundo idade, ano de formação e tempo de atuação no Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco, Campo Grande, MS, no ano de 2018.

Categorias (3)	Quantidade de Psicólogos (8)
Idade	
24 a 34	2
34 a 44	2
44 a 54	2
54 a mais	2
Ano de formação	
2015 a 2000	7
Abaixo do ano 2000	1
Tempo de atuação no núcleo	
8 meses a 1 ano	2
1 ano a 5 anos	4
5 a 11 anos	2

5.5.1 O Núcleo de Psicologia: um espaço para o profissional da psicologia exercer o voluntariado e se apropriar do conhecimento

É possível perceber que há uma conjuntura de aspectos, elementos e condições para que seja possível aos profissionais oferecerem seus trabalhos voluntários à população por meio do Núcleo. Fez-se necessário explorar o que contribuiu para que os mesmos comesçassem a atuar no Núcleo.

Alguns profissionais relataram mais de uma motivação que os fizeram ter o interesse em contribuir com o trabalho do Núcleo, que serão relatadas neste item.

A entrada dos profissionais P2, P3, P5 e P6 no Núcleo ocorreu pelo fato terem sido convidados e incentivados pelo coordenador, reconhecido como uma figura representativa e o principal responsável por acolhê-los e agregá-los, aceitando o que cada um tem a oferecer em sua atuação. Seguem as falas:

P2 Bom, na verdade, o CO que era o religioso responsável de lá, ele me convidou [...].

P3 Na realidade eu comecei a atuar lá por causa do CO [...].

P5 Eu acredito que primeiro foi o convite do CO [...].

P6 [...] o acolhimento da gestão na época, o CO [...].

O convite do coordenador é feito aos profissionais voluntários, entretanto, prevalece os critérios de disponibilidade e aceite por parte dos mesmos. Isto facilita uma relação interpessoal que também agrega e acolhe novos profissionais.

A psicóloga P8 cita o convite pessoal de uma outra profissional que atuara no Núcleo, chamou a atenção sobre o trabalho desenvolvido e destacou a receptividade de sua proposta de trabalho no espaço: “[...] eu conversando com ela, da ideia de fazer um grupo de mulheres. E que isso *tava* me chamando né, pra fazer. Então ela disse que tinha esse espaço na UBSF e que este espaço era bem receptivo mesmo [...].”

Percebeu-se entre os profissionais da psicologia motivações para contribuírem com o trabalho do voluntariado na comunidade, ligadas à oportunidade de atuação da psicologia como conhecimento e ferramenta norteadora de suas práticas.

Trata-se de uma construção subjetiva em suas atuações voluntárias, perpassando o contexto profissional, ligado também às motivações pessoais de exercerem o voluntariado. As psicólogas e psicólogos P2, P6 e P7 nomeiam o exercer de seus trabalhos como “fazer alguma coisa para pessoas que precisam”, “doação do tempo em favor de alguém”, “oportunidade para exercer a bondade”, “satisfação de contribuir um pouco de mim para o outro”, “amorosidade do profissional”, “fazer a diferença na vida do outro”, “atender pessoas que não podem pagar pelo atendimento”. Seguem as entrevistas:

P2 [...] faz bem pra alma essa doação de parte do meu tempo em favor de alguém [...] então é uma oportunidade que eles me dão de exercer minha bondade, se é que eu tenho né (risos).

P6 [...] satisfação de estar contribuindo com um pouco de mim para o outro [...] eu acho que a ciência da psicologia, mais a amorosidade do profissional, então é técnica e amor [...].

P7 O que me mantém é ver que você faz a diferença para essa pessoa que você tá atendendo [...].

Quando estes profissionais atribuem esta percepção, estão conferindo sentido e significado também ao seu fazer psicológico. Nestes casos, tanto o trabalho remunerado quanto o voluntário produzem conhecimento, cumprem a responsabilidade profissional tanto com o usuário e a comunidade de um determinado território, quanto com a sociedade de modo geral, considerando as suas especificidades.

De acordo com Rasesa e Guanaes (2006), o terapeuta pode ser um produtor de conhecimento, no qual significados passam e ser construídos de forma discursiva entre as pessoas a partir de suas trocas dialógicas, sustentadas por suas descrições e sentidos dados a partir delas. Sendo assim, neste contexto, cada psicólogo tem o livre arbítrio em nomear a sua prática, bem como construir o sentido e significado na sua relação com a mesma e com o usuário em seu processo terapêutico.

Cabe então citar a liberdade de trabalho apresentada por esta psicóloga, reconhecendo seus papéis e seu compromisso social neste lugar de trabalho voluntário em relação com a comunidade:

P6 [...] a liberdade do trabalho, então isso favoreceu, porque o voluntariado precisa se sentir livre, né. O voluntariado não dá pra gente fazer curso, até tem. Mas ele é de dentro pra fora. Então a pessoa já tem que ter tido, é, ter sido tocado ne, por essa, por esse sentimento, sabe. De poder também ser responsável pelas questões da sociedade e poder contribuir com aquilo que tem [...].

A psicóloga P8 caracteriza também o Núcleo como um espaço aberto e sem cobranças: “[...] é um Núcleo que se mantém aberto, pra chegar quem vem pra ficar e fazer alguma coisa e deixar ir [...] você não se sente mal caso você tenha que sair, e você se sente bem em ficar, não tem cobranças”.

No entanto, suas disponibilidades para a atuação no Núcleo ora podem ser flexíveis, ora podem ser inflexíveis. O psicólogo voluntário, por sua condição de

serviço não remunerado, resulta em um tipo de vinculação mais frágil, podendo precarizar sua oferta de trabalho com fatores que dificultam em seus cotidianos, como por exemplo, o fator distância e tempo. Para os profissionais P5, P6 e P7, uma condição de fragilidade foi apresentada em suas tarefas como voluntários do Núcleo, visto que muitos possuem outros vínculos empregatícios e contam com uma carga horária limitada para oferecerem o trabalho voluntário no Núcleo. Declaram:

P5 [...] o que dificulta hoje é o meu tempo, hoje é mais escasso [...] a distância é um fator que eu tenho que ter um planejamento maior então eu colocaria como um ponto de dificuldade [...].

P6 [...] esse meu tempo, isso é um dificultador pra mim.

P7 Dificulta a distância e a minha disponibilidade de tempo também.

Esses profissionais possuem outros vínculos de trabalho, tanto em serviço privado em instituições, clínicas e consultórios particulares, como em órgãos e instituições públicas. Além de exercerem o trabalho voluntário no Núcleo, há também o fator da organização de horários, pois realizam outros tipos de trabalhos em outros locais e precisam conciliar a carga horária, segundo a fala da P3: “[...] eu peço autorização pra minha chefia pra atender lá [...].”

Para a profissional P6, ter seu próprio veículo é um facilitador, ou seja, ajuda ter um meio de transporte próprio para poder atender sua demanda de trabalho: “É, por exemplo a minha locomoção eu tenho facilidade, não dependo de ônibus [...].”

Esta também é uma condição que se apresenta na realidade do trabalho, a necessidade de se obter um transporte para se locomover até o local. A dependência ao transporte público poderia impedir a atuação voluntária, por conta da distância do Núcleo em relação ao centro da cidade.

Tais fatores demandam outras formas de organização e adaptações pessoais, por isso, em algum momento, tais dificultadores elencados, podem ser decisivos em relação às disponibilidades para a atuação no Núcleo.

Com base nesta ótica de dificultadores que podem influenciar também no cotidiano de trabalho do profissional, a psicóloga P3 destaca a questão da segurança do local, pois a mesma atende no período noturno e na época das entrevistas não havia um guarda para salvaguardar a segurança do local, como declara: “[...] você

precisa ter um guarda lá para cuidar, pra te ajudar, porque é meio complicado você ficar sozinha [...]”.

Entretanto, analisando as linguagens apresentadas, que conferem significados ao voluntariado, nos faz entender que estes profissionais da psicologia disponibilizam suas forças de trabalho na condição de voluntários do Núcleo, mas também fazendo parte do funcionamento do serviço e se encontrando vulneráveis no que diz respeito à dinâmica do mesmo.

No entanto, a condição de voluntariado os diferencia do serviço privado, por exemplo, na qual o usuário, ao buscar o serviço, é um cliente, que na relação de troca estabelece seu poder de compra. No caso do usuário, este oferece seu poder de demanda, cujo fator fica explícito que mantém estes profissionais inseridos no contexto do Núcleo.

Para Regina Benevides (2005), a atuação do psicólogo deve estar sintonizada em uma condição macro política, sem desconsiderar que há uma condição micro política que também precisa coexistir, considerando as variáveis da construção da subjetividade dos usuários e seus direitos, na qualidade de atores sociais, intrincados na produção em saúde.

5.5.2 A formação dos profissionais da psicologia como porta de entrada para o trabalho no Núcleo de Psicologia

A atuação do psicólogo voluntário no contexto da UBSF envolve descobertas profissionais desde a sua graduação e se intensificam quando se deparam com as competências e responsabilidades de um profissional na APS.

Para tal, é necessário ressaltar que estes profissionais vêm de um contexto de formação na Universidade, que se dá também como porta de entrada para o trabalho no Núcleo. A proximidade por meio do curso de Psicologia, favorece o primeiro contato, gerando a intenção de continuar e ampliar a experiência profissional.

Para os profissionais P1, P4 e P6, a motivação em atuar no Núcleo iniciou pelo vínculo com a UCDB, ainda em suas experiências na disciplina de estágio. Eles

afirmaram que esse processo acadêmico perpassou a necessidade de cumprir uma carga horária de estágio, o que fez com que optassem por dar continuidade em seus trabalhos no Núcleo após formados:

P1 O estágio específico.

P4 Há 04 anos, iniciei como voluntário durante a graduação mesmo, fiz os estágios aqui e retornei depois de formado. E tô aqui até hoje.

P6 Desde 2012, como acadêmica né, estágio.

O psicólogo P4 relata sua compreensão sobre a intersecção de saber do trabalho voluntário e a psicologia comunitária, área do conhecimento onde é possível explorar os variados aspectos da comunidade com a contribuição da psicologia, caracterizando o Núcleo como um ambiente rico de aprendizagem para tal:

P4 Eu acredito que tem vários motivos, eu desde muito cedo gostei do trabalho voluntário, gosto da psicologia comunitária e acho que o trabalho voluntário tá bem próximo de algumas questões da psicologia comunitária. Aqui é um ambiente riquíssimo de aprendizagem.

Nesse prisma, o psicólogo P4 acrescenta a relevância em contribuir com seu saber psicológico na vida dos usuários que passam pelo Núcleo. Todavia, reconhece certas limitações:

P4 Eu espero de alguma forma contribuir para àquelas pessoas que vem procurar esse serviço. É claro que a gente não alcança grandes mudanças. É claro que, quando se fala de intervenção, há uma série de aspectos que estão envolvidos nessa intervenção, que dificulta uma mudança tão efetiva. Porém, algumas contribuições a gente consegue com nosso trabalho [...]

De acordo com Nepomuceno e Brandão (2011), o papel da psicologia é aprimorar o olhar para as intervenções a serem tomadas diante dos contextos sociais e das condições sociopsicológicas. Acima estão representados tanto a importância do compromisso profissional e social do psicólogo, quanto a presença de desafios e obstáculos na oferta do atendimento psicológico.

Todavia, existe uma política institucional formadora e formativa das Universidades, bem como nos espaços de atuação profissional na graduação, os quais, muitas vezes, não preparam os acadêmicos para atuarem com os desafios enfrentados por um profissional na APS. Os profissionais P1 e P4 nos convidam para

esta discussão e colocam pontos a serem dialogados, como a formação do psicólogo com limites para o trabalho em comunidades e a necessidade de haver capacitações específicas para o profissional dessa área:

P1 Pensar um pouco também na capacitação desse profissional [...].

P4 [...] a gente não tem essa formação que nos prepara para atuar em comunidade e aí a gente entra numa questão que é o que é comunidade né? Que ela não se faz só onde se tem um bairro ali formado ou território de vizinhança. Enfim, ela se faz também dentro de uma instituição, então essa visão mais comunitária eu acho, que ela é deixada de lado, ela é esquecida. [...]

Os principais desafios da psicologia e do SUS, segundo os autores Nepomuceno e Brandão (2011), estão em desenvolver o campo da Psicologia Comunitária e reflexões interdisciplinares, bem como ampliar as práticas psicológicas para um fazer articulado com um modelo voltado para a capacidade de escuta do indivíduo e coletivos, considerando suas potencialidades e criando espaços de diálogos e reflexões que permeiam as práticas em saúde mental.

5.6 A saúde mental no Núcleo de Psicologia: (des)estruturas e (des)construções

A missão do Núcleo, como se pode perceber, é atender usuárias e usuários, sendo estes o sentido da existência do Núcleo por se constituírem no grupo demandante de atendimento. Ou seja, a instituição não teria objetivos para desenvolver este trabalho se não houvesse a necessidade de receber esta parcela da população e se a realidade não demonstrasse a falta de acesso e acolhimento psicológico na rede pública de saúde.

Mesmo que com muitas fragilidades e considerando o trabalho voluntário, o coordenador e o psicólogo P4 compreendem o Núcleo como um serviço que busca atender as necessidades da comunidade diante da realidade da alta demanda apresentada:

CO [...] atendemos acho que até acima da nossa perspectiva. Não atendemos toda a demanda, porque seria impossível [...] dentro das nossas condições, porque o volume de atendimentos que nós temos é muito alto [...].

P4 [...] embora a gente tenha muitos serviços que possam ser oferecidos aqui, um dos motivos dessa sobrecarga de demanda, eu acredito que é pela falta de outros espaços como este, dentro da saúde pública [...].

O coordenador, em sua fala, chama atenção para um dos princípios da proposta organizacional do Núcleo, a de procurar sempre acolher as demandas que chegam, sejam as da comunidade ou as da UBSF, com um serviço que busca se estruturar em ações, para corresponder às expectativas e necessidades dos usuários: “[...] são demandas que iriam ser captadas por um serviço de saúde de psicologia do município, mas como não existe, nós fazemos. Então na verdade a gente presta serviço, o vínculo é de prestação de serviço, não remunerado, mas é uma prestação de serviço.”

A psicóloga P5 expressa a necessidade de olhar para além do que o serviço do Núcleo proporciona, sobre repensar o modo como ele está configurado hoje, identificando que existem componentes importantes para atender a realidade da comunidade e que, talvez, a proposta precise ser reorientada para dar conta de tais demandas:

P5 [...] mas também não vamos ser suficientes, talvez vamos ter até que repensar no *modus operandi* de como a gente vai tentar facilitar esses processos de saúde mental [...].

Considerando estes desafios enfrentados e a necessidade de a proposta do Núcleo ser repensada e reorientada, a psicóloga P5 complementa:

P5 Eu tenho um entendimento que, às vezes ele [o Núcleo] não deveria ser necessário se tivesse uma saúde mental mais estruturada ou com mais acessibilidade das pessoas. Mas isso não invalida a existência dele e o jeito como ele oferece esse cuidado. Porque ele cumpre um papel social importante [...].

Portanto, apesar do Núcleo prestar esse atendimento importante, do reconhecimento do trabalho e da adesão ser alta, identificamos percepções com relação a fragilidade deste serviço.

Considerando um serviço de psicologia na rede pública e a necessidade deste tipo de atendimento para a comunidade no papel social que busca cumprir, a usuária

14 também identifica a alta demanda como um aspecto a ser considerado e um desafio a ser superado, que abarca um contexto não só do Núcleo, mas também como uma questão política a ser estruturada e organizada:

U14 [...] eu vejo realmente a questão da demanda, uma questão já governamental [...] eu acredito que a psicologia deveria ser aberta a todos os postos de saúde. [...] eu vejo, por exemplo, o posto de saúde aqui desbravando, são desbravadores diante disso, são pessoas que, realmente, são voluntárias, pra atender uma demanda que o governo não está fazendo [...].

Contudo, a responsabilidade governamental que esta usuária se refere é um fator importante a ser discutido, na qual atualmente há desafios no que se trata da saúde mental como um direito ao acesso à saúde na APS.

Segundo Sawaia (2006), o Estado é um dos responsáveis pelos ‘cuidados’ e ‘(des) compromissos’ com o sofrimento do indivíduo, cuja autonomia e subjetividade são apagadas por parte do aparelho estatal. Cabe um enfrentamento para lidar com as ordens material, jurídica, de responsabilidade do poder público.

Desta forma, queremos salientar que a demanda da comunidade não deve ser apenas atendida conforme o fluxo que chega no Núcleo, cabendo esta ser avaliada coletivamente pela gestão municipal, para uma melhor reestruturação e ampliação das políticas públicas em saúde mental.

A psicologia no Núcleo, por estar inserida no contexto da UBSF como serviço ofertado na saúde pública, faz com que esta participante U14 ressalte a sua ótica, da importância de se ter o psicólogo como parte da equipe mínima, tão fundamental quanto um médico clínico geral. De acordo com U14: “[...] nessa linha de pensamento da importância da psicologia, como realmente, como um clínico geral [...] eu vejo um descaso muito grande, da perspectiva dos atendimentos em psicologia na rede pública [...]”.

No contexto da APS, a saúde mental está inserida como política pública nos NASFs AB, como citado neste trabalho, os quais possuem o psicólogo como parte integrante da equipe, de acordo com Brasil (2017). Contudo, sua atuação está presente apenas em determinadas ações em saúde mental, como dispositivo estratégico para assegurar um acompanhamento em conjunto com a UBSF.

Com a alta demanda, de fato a psicologia carece, cada vez mais, de uma acessibilidade, a ponto de os usuários perceberem tais demanda no contexto micro e

macro. O que chama atenção nesses discursos é a própria comunidade perceber suas necessidades sociais. Ou seja, não é necessário ser profissional e nem gestor para construir esse olhar, pois parece óbvio o que o contexto apresenta.

Ainda, conforme cita U17, em seu lugar de fala que reconhece a importância do serviço e visualiza tal acessibilidade na psicologia como uma oportunidade de acompanhamento para melhorias na saúde mental da população:

U17 [...] na saúde pública em si você tenta buscar e é muito difícil [...] às vezes tem gente que não tem esse acesso, que tem mais dificuldades do que eu, que já tentaram suicídio, essas coisa assim, que não tiveram oportunidade de ter acompanhamento assim pra ter uma melhora.

Percebe-se então que a demanda em saúde mental na comunidade tem se ampliado cada vez mais e o serviço demonstra a necessidade de estruturação para atendê-la. Para Souza *et al.* (2008), com a alta demanda, há uma necessidade em atender a população com base na construção de uma acessibilidade, que se encaixa no contexto e necessidades do usuário no intuito de promover um espaço humanizado na oferta de serviços.

5.6.1 A saúde mental como uma condição: quebra de paradigmas e acessibilidade

É importante destacar que para o usuário chegar até o Núcleo para acompanhamento psicológico é preciso levar em consideração que o mesmo pode enfrentar adversidades internas e externas a ele.

As visões sobre o atendimento psicológico e a compreensão da importância em buscar por acompanhamento qualificado, não somente em casos de 'loucura', são construídos socialmente e devem ser discutidos neste item.

Há discursos sobre os estigmas que ainda estão presentes na população, no que se refere à saúde mental, segundo a ótica destas usuárias U6 e a U14:

U6 [...] mas as pessoas tem um preconceito muito grande, as pessoas acham que é pra doido [...] como nós vemos, hoje é um tabu, mas já foi pior, agora as pessoas veem que não tem outra saída [...].

U14 [...] ainda na visão da sociedade, psicólogo é pra louco né? Ou “eu não tô doente né, pra ir no psiquiatra” alguma coisa. Então isso era um tabu realmente [...].

Percebe-se nestes discursos que as usuárias abandonaram seus estigmas e procuraram o acompanhamento psicológico, hoje identificam que possuíam esse preconceito com relação à psicologia. Com uma cultura marcada pelo modelo biomédico, faz-se necessário discutir sobre o preconceito relativo à saúde mental, internalizado na comunidade.

Para discorrer sobre este tema, cabe citar um trecho retratado na ‘história da loucura’, por Foucault (2006, p. 211): “[...] entre as mãos das culturas historiadas, não restará mais nada a não ser medidas codificadas de internação, as técnicas da medicina e, do outro lado, a inclusão repentina, irruptiva, em nossa linguagem, da fala dos excluídos”.

Infelizmente, essas visões estigmatizadas podem, cada vez mais, gerar formas de exclusão e distanciamento das práticas em saúde mental com a população, limitando avanços, principalmente na APS, pois quanto menor o número de usuários com acesso a esses serviços como um direito fundamental à saúde, menor será o número de usuários com a consciência de que essas ações em saúde mental podem ser benéficas aos seus contextos de saúde como um todo; não só atendendo a saúde no seu contexto físico e biológico, mas também mental, com a proposta biopsicossocial.

Com base nesta ideia, abaixo apresentam-se as considerações da U8: “[...] por que as pessoas tratam muito assim o corpo físico né? Mas a mente também precisa muito [...] quando cuida do corpo não cuida da mente. A gente tem que cuidar de tudo enquanto pode né? [...]”

No entanto, dentro do contexto histórico na saúde mental, pequenos avanços devem ser levados em consideração. A partir da década de 60, com a etnopsiquiatria, as descrições da saúde e doença mental traziam as mais variadas construções culturais e passaram a ser compreendidas ligadas aos discursos voltados às enfermidades, como fenômeno social que se submetia a ser descrito a partir da linguagem (ALVES, 1994).

Na hermenêutica da linguagem, segundo Heidegger (1971, p. 9), “[...] qualquer espécie de pensamento e discurso residem e se movem [...]”, o que nos leva a pensar sobre os significados que são e foram construídos a partir dos códigos e sentidos culturais que foram produzidos no contexto da saúde mental nestes últimos anos.

No entanto, na visão do coordenador do Núcleo sobre o assunto, há uma quebra de paradigmas na procura por este atendimento em saúde mental no Núcleo, afirmando que os estigmas de ir ao psicólogo têm se alterado dentro da construção cultural e social, como citado a seguir:

CO [...] ninguém tem medo de ir no psicólogo mais [...] hoje é meio chique ir no psicólogo lá. Não é esse negócio de achar que eu vou no psicólogo – usando a linguagem da comunidade - “eu vou no psicólogo porque eu tô com problema de cabeça”. Não tem mais. Muita gente vai porque está com: “aí eu tô com dificuldades no meu relacionamento, eu vim aqui pra pedir uma luz”. Outra: “aí eu tô muito chateado porque eu mudei de emprego, fui mandado embora”, o discurso mudou. Não se fala mais “eu tô com problema na cabeça”, digamos assim, eu vou porque eu preciso de alguém que me ajude nessas travessias né.

Portanto, com relação às demandas em saúde mental, verifica-se que o público atendido no Núcleo é composto, em sua maioria, por pessoas que quebraram esses paradigmas e hoje identificam a possibilidade de mudanças significativas em suas vidas, confiando nas práticas psicológicas. Percebe-se pela fala do coordenador, que as queixas perpassam a visão da saúde mental como uma doença ou transtorno, mas também como uma condição que se apresenta na vida das pessoas em forma de problemas, frustrações e/ou situações eventuais.

Desta forma, o usuário busca por um profissional que entenda e compreenda suas questões e de seus relacionamentos, bem como dificuldades enfrentadas cotidianamente.

Entende-se, dessa forma, que as ações em saúde mental requerem o fortalecimento de diálogos mais integrados e espaços abertos para se promover suas práticas, ampliando ações para quem possui ou não determinados transtornos mentais, no entanto, atinge pessoas que não tem acesso a este tipo de atendimento. Promove-se, portanto, o direito à todos com base na equidade, princípio base do SUS (RECALDE E CÁLCENA, 2014).

No entanto, para que o usuário tenha acesso a esse serviço como um lugar onde se pode chegar e poder ser atendido com base nas suas necessidades, há de

se considerar fatores que facilitam para que inicie ou de continuidade em seu acompanhamento psicológico.

No que diz respeito ao território e à acessibilidade, cujos fatores forem descritos como facilitadores pelos usuários estarem em processo de psicoterapia. Aspectos como residência próxima e acessibilidade no transporte coletivo, do ônibus que para na frente da UBSF, são de extrema importância para estes usuários e usuárias:

U2 É porque eu moro aqui pertinho, eu moro ali descendo [...].

U3 Por ser mais perto da minha casa. E aqui por perto não tem outro acompanhamento né? [...].

U4 [...] facilita muito porque é perto né, se fosse longe ficava difícil [...].

U11 É perto pra mim vim né, isso facilita pra mim vim aqui participar [...] tem os ônibus ne, que para pra cá, para bem pertinho.

U6 [...] tem a acessibilidade né, porque eu moro aqui no bairro, então a acessibilidade é maravilhosa.

U9 [...] facilita, porque eu não tenho que andar muito, que tenho o problema nas pernas, então o ônibus para aqui na frente [...].

O acesso e a territorialização são destacados como principais elementos estruturais no que tange às ações da ESF, pois possibilitam o fortalecimento de vínculos e uma maior interação com a população (NEPOMUCENO e BRANDÃO, 2011).

No caso da usuária 13, ter um carro como meio de locomoção é um fator que facilita. Entretanto, esta alternativa como meio de transporte representa a minoria dentro do público entrevistado:

U13 [...] eu tenho carro né, eu venho de carro, porque de ônibus era mais demorado [...].

O horário do atendimento para esses usuários é algo que também facilita, pois trabalham e, mesmo assim, não deixam de cumprir seus compromissos com a terapia:

U12 [...] o que facilita é o horário. Porque eu trabalho né, então já saio de lá já venho pra cá direto.

U14 [...] uma negociação no meu serviço para que eu pudesse ter um dia livre à tarde pra não abandonar também o tratamento, então isso tudo favoreceu.

Ao abranger amplos aspectos da acessibilidade, citada aqui como um fator que facilita, de acordo com Souza *et al.* (2008), leva-se em conta a organização institucional, o processo de trabalho do profissional, o território adstrito, a questão social e econômica, entre outros. Portanto, faz-se importante operar com a diretriz do cuidado construindo uma acessibilidade de forma corresponsável, de modo a facilitar para que mais usuários tenham acesso à saúde mental na APS.

5.6.2 O acompanhamento psicológico do usuário no Núcleo de Psicologia: motivos da busca e relatos do processo psicoterapêutico

A importância do acompanhamento psicológico faz com que usuários reconheçam e percebam seus processos de transformações com o serviço do Núcleo de Psicologia, como relata U8: “[...] eu vejo os psicólogos falarem assim que ‘a boca fala e o corpo sara’ [...] então acho que daqui uns tempos a medicina vai evoluir muito e todo mundo vai precisar da psicologia, eu acho. Acho muito importante pra humanidade, eu acho.”

Cabe apresentar, também como ponto relevante deste estudo, as descrições dos participantes sobre os motivos que o levaram a buscar acompanhamento psicológico, considerando como estes se descrevem em seus contextos e condições locais, cada um em seu lugar de saber.

A descrição que este grupo de participantes faz de si mesmos e de seu processo saúde/doença deriva de uma ampla compreensão com direitos à saúde e que requerem o atendimento de suas demandas e necessidades em saúde mental. Eles reconhecem a oferta do serviço e possuem diversas percepções no que tange ao seu processo terapêutico.

Neste item apresentamos também os efeitos da psicoterapia e os impactos do serviço de saúde mental do Núcleo a partir das descrições de psicólogos e também dos usuários.

Os psicólogos P3 e P4 descrevem as queixas dos usuários relacionadas a uma ‘psicopatologia’ identificada, lidando com uma complexidade de aspectos que permeiam tais queixas:

P3 [...] elas [mulheres] vão por uma depressão muito grande. Todo paciente que procura a gente lá, o motivo principal é a depressão. Todo mundo fala, “aí eu vim aqui no doutor, ele falou que tem psicólogo, pra eu vir aqui que tô deprimido” [...] mas quando você vai pra conversar com o paciente, eles vem com um monte de coisas [...].

P4 [...] geralmente eles chegam com diagnóstico e atrás do diagnóstico tem que entender toda uma complexidade de problemas que levam a essa psicopatologia.

O que podemos perceber, a partir dessa linguagem, é que o diagnóstico, muitas vezes, é visto como um código cultural, inserido nos discursos, vinculados aos sintomas de adoecimento, podendo levar, muitas vezes, até ao esquecimento da própria pessoa sobre sua singularidade e seu lado saudável (Recalde e Cálcena, 2014).

Ainda segundo os psicólogos P2, P5 e P6, são nomeadas diversas queixas, àquelas relacionadas aos sintomas de ansiedade, depressão, pânico, tristeza, como também Transtornos de Ansiedade, Transtorno Obsessivo Compulsivo, Transtorno e Síndrome do Pânico, Fobia Social e Transtorno Afetivo Bipolar, conforme descrições:

P2 Lá [Núcleo] a gente tem recebido muito ansiedade né, Transtorno de Ansiedade Generalizada, tem também pessoas com TOC. Então alguns transtornos têm aparecido lá, Transtornos de Pânico, ansiedade, é.... tristeza profunda, conflitos internos, bipolaridade [...].

P5 A demanda principal ainda é depressão, mas tive pânico, crise de ansiedade, pânico e depressão [...] epidemiologicamente falando, acho que representa mais a patologia que mais acomete a população em modo geral, depressão e ansiedade, pânico, fobia.

P6 [...] pessoas com depressão, por estarem em situações de vida e ter tido uma origem familiar bem traumática, numa situação de vida em que não tá se sentindo bem [...].

Desta forma, verifica-se que esta parcela dos usuários, que os psicólogos citam que atendem, representa a realidade da qual os transtornos mentais estão presentes em todos os países e em diversas culturas. De acordo com *World Health Organization* (2016), os mais prevalentes são a depressão e ansiedade, estimando-se que afetam uma em cada dez pessoas no mundo, cujos transtornos podem levar a diversos

fatores de risco, tal como o suicídio, que representa 8,5% das causas externas de morte no mundo.

Observa-se que além das descrições de psicopatologias e sintomas referentes às demandas trazidas pelos usuários que os psicólogos observam, há também a percepção dos usuários, sobre si e suas queixas. Evidencia-se a posição de *expert* em seus diagnósticos, verificando que muitos apresentam uma percepção elucidativa sobre o que sentem, de como vivem e do quanto as queixas influenciam em suas vidas. As usuárias U6, U9, U10 e U13 relatam:

U6 [...] as crises, isso, a de pânico que me levou! (Exaltação) [...] eu me agitava a ponto de chegar a síndrome do pânico, a taquicardia, o coração acelerado, falta de ar, a dormência, extremamente agitada [...] de tanto que a gente vai lendo, vai entendendo percebendo, a partir de mim mesma né. Porque desenvolver ansiedade, ansiedade generalizada, síndrome do pânico, bipolaridade, evoluí da 1 pra 2, 'tô' na 2 [...].

U9 [...] eu 'tô' tendo crise de ansiedade, eu não sabia que crise de ansiedade dava muita dor no peito, eu até achei que era enfarte e até fui parar no posto [...].

U10 Ansiedade.

U13 Sou muito ansiosa, muito nervosa, qualquer coisa choro [...].

Percebe-se, a partir das considerações acima, que muitos usuários nomeiam seus sintomas como crise e descrevem seus diagnósticos a partir da sua perspectiva. Temos que reconhecer que a linguagem dos participantes é voltada para um entendimento de si por meio de uma identidade construída a partir de seus diagnósticos.

Com relação aos sintomas e suas consequências, a usuária 06 relata sobre as consequências positivas da psicoterapia em lidar com os sintomas da bipolaridade, como nomeia, bem como o usuário 10 relata se sentir mais tranquilo para lidar com seu cotidiano, com melhoria no sono e diminuição da ansiedade também:

U6 [...] aprendi a entender e a me proteger, então isso foi muito importante logo de início. Porque na minha cabeça era uma confusão, uma tempestade emocional, estava num furacão, ainda mais com a bipolaridade, eu tava fora, eu tava depressiva [...] encarei de uma forma diferente, tendo compreensão, tendo um embasamento diferente, enfim, sendo uma outra pessoa, na maneira de agir, de pensar [...].

U10 Ando bem mais calmo, ando pensando, ando tendo tranquilidade para fazer as coisas. Porque eu era muito ansioso, muito apavorado [...] aí tô

fazendo essas coisas com mais calma, tenho sentido diferença, até em questão de sono, que eu era ansioso, não dormia nada, então tô bem mais tranquilo.

Sabe-se, ainda, que nas relações e nas práticas do cotidiano são produzidos os significados e a linguagem. Nesse contexto, o olhar construcionista social de Recalde e Cálceña (2014) convida para a valorização do saber da comunidade local, considerando os variados contextos nos quais os indivíduos se encontram.

Estas descrições levam a entender as percepções dos usuários, especialistas em seus sintomas, possuindo uma perspectiva que orienta suas ações com relação ao seu processo terapêutico. O acesso à informações sobre transtornos mentais e principais agravos psíquicos, advindos de diversos meios, desde os próprios psicólogos, psiquiatras, até por mídias, informações de pessoas próximas, etc., faz pensar que esse conhecimento sobre si vai sendo construído na relação com seus sintomas ou queixas.

Essas características marcam também a relação dos usuários que fazem acompanhamento e uso de medicações psiquiátricas, cuja especialidade da psiquiatria não é ofertada no Núcleo, nem na UBSF São Francisco – no período da pesquisa - mas há uma rede que atende esse usuário que é acompanhado pelo setor de psiquiatria. Seguem relatos das profissionais P2 e P5:

P2 [...] os psiquiatras orientaram para procurar a psicoterapia e aí caíram lá [...] porque há muito tempo tomam medicação e tudo, mas ainda falta o psicológico, porque a medicação faz a sua parte, mas a psicologia tem que fazer a outra parte. E muitas pessoas ficam só na medicação e acabam não tendo o resultado completo [...].

P5 [...] A gente trabalha junto com o médico que passa essa medicação, então são pacientes que ainda não receberam alta da medicação, ainda precisam mais de estruturação [...].

Percebe-se que essa linha de cuidado em saúde mental é construída entre acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Para a usuária 06, fica evidente a relevância do acompanhamento de ambos em seu processo terapêutico. No entanto, demonstra a diferenciação do acompanhamento psicológico, relatando que este propicia uma abordagem mais específica e direta no sintoma, indo além da medicação, favorecendo um trabalho com as emoções e os pensamentos, fazendo

com que se questione com relação às suas dores e transformações, possibilitando uma melhoria em seus hábitos. Desta maneira, relata:

U6 [...] porque na psiquiatria você vai, mas é uma vez no mês, aqui estou toda semana, você entendeu, então eu trago “aconteceu isso, aconteceu aquilo” [...] eu poderia estar internada se eu não tivesse em acompanhamento psicológico, porque o psiquiatra é a solução do momento, mas a causa, como eu vou resolver meus problemas emocionais entendeu? Então para mim eu tô indo lá na causa, o porquê que tá acontecendo isso, então o psicólogo tá resolvendo passo a passo [...]

O fato de o psicólogo “estar indo na causa”, como desabafa a usuária 06, é algo que a motiva e a faz considerar este procedimento útil para si no seu processo terapêutico, demonstra como um dos fatores que fazem com que o atendimento psicológico seja algo complementar ao tratamento psiquiátrico.

Nas considerações da usuária 03, logo abaixo, relata sobre a importância de ser acompanhada e orientada por um profissional da psicologia junto ao acompanhamento psiquiátrico:

U3 Ah, eu sinto melhor, bem melhor, porque se eu não tivesse sido acompanhada por uma pessoa, ou eu tinha morrido ou eu tava doida, por esses tipo de tratamento, porque, eu tava completamente desorientada [...] até o remédio psiquiatra, começar a fazer efeito, demorei bastante, demorei muito.

O fato do Núcleo não ter um psiquiatra na equipe para apoio pode dificultar um trabalho interdisciplinar, pois muitos casos precisam do acompanhamento mútuo e do diálogo entre os profissionais para fins de resolutividade dos casos de referência e contra referência.

De acordo com Recalde e Cálcena (2014), a nossa cultura ainda está voltada para o déficit, diagnósticos e os tratamentos focados na doença e em recursos farmacológicos, excluindo as possibilidades de se concentrar na pessoa e em sua singularidade. Quanto ao tratamento farmacológico, este, segundo as autoras, ocupam ainda um lugar de precedência com relação ao acompanhamento psicológico, podendo se mostrar mais voltado a classificar doenças e pessoas, do que ampliar discursos mais libertadores e alternativos ao diagnóstico.

Há também usuárias que sofreram algum tipo de violência (física, sexual, psicológica, etc.), ou violências cometidas contra membros de sua família, buscando a terapia para lidar com os impactos emocionais decorrentes das situações

enfrentadas. Gera-se o medo, a insegurança, a dificuldade de dizer não, baixa autoestima, medo de não ser aceita ou amada, dificuldades em compreender o que acontece, ou seja, fatores que afetam a saúde mental e emocional da mulher nestes contextos. Abaixo, os relatos das participantes P1, U7 e U14, como um dos motivos pela busca pelo acompanhamento psicológico:

P1 [...] a grande maioria permeia por conta da violência doméstica.

U7 [...] a principal queixa é que era um turbilhão de coisas ao mesmo tempo e eu não conseguia lidar com isso. Eu pra ir no serviço cada dia tinha que ir por um caminho diferente porque eu tinha medo dele fazer alguma coisa comigo [...] eu não conseguia trabalhar em paz, estudar [...] eu não conseguia dormir. Às vezes, se eu escutava barulho de uma folha, eu acordava, porque pra mim era ele [agressor] que tava vindo, sabe? [...] eu não conseguia falar não pra ninguém, por mais que fosse alguma coisa pra ajudar a pessoa, mas pra ajudar a pessoa eu tinha que me prejudicar [...].

U14 Minha irmã foi assassinada pelo ex-marido, vítima de feminicídio. E diante disso, eu fiquei com a guarda das duas filhas dela. E aí meio que eu saí de órbita, fui também pro psiquiatra e aí me encaminharam também pra psicóloga.

De 15 mulheres entrevistadas neste estudo, há dois relatos em destaque, das usuárias 07 e 14, por terem vivenciado estes contextos de violência. Estas usuárias relatam as lutas e conquistas advindas do acompanhamento terapêutico, agora encorajadas a lidarem com determinadas situações e a defenderem seus direitos:

U7 Que eu consigo lidar comigo mesma [...] mas o medo que eu tinha era muito maior do que eu, eu não conseguia, eu tinha muito medo [...] mesmo com medo de qual seria a reação dele, eu fui na delegacia, registrei que ele tava quebrando a medida protetiva. Então isso tudo foi, mas isso tudo fui adquirindo através do acompanhamento que tô fazendo aqui. Porque daí eu fui abrindo a minha mente, que era possível sim. Eu conseguir lidar com meus medos, meus fantasmas, as coisas que eu mesma deixei que acontecesse por conta que eu não tive coragem de lidar, de defender o meu direito, então hoje eu já consigo ver a vida de outra forma [...] eu já consigo separar as coisas, o que, se é algo que não vai ser bom pra mim [...] eu consegui sair dessa situação porque eu decidi que não queria mais essa situação, eu decidi que não era bom pra mim, então chega, acabou! [...] pra mim o que importa é que hoje eu tenho paz, eu consigo dormir sabe? Sabendo que a pessoa que tá do meu lado não vai me matar! [...].

No caso da usuária 07, a mesma relata que conseguiu superar a situação com o auxílio da psicoterapia e a compreensão de que é possível ter coragem para defender seus direitos, tendo condições de saúde mental básicas para lidar com as situações do cotidiano. A usuária 14, que passou por uma situação de feminicídio com

um membro de sua família, relata sobre a compreensão do que aconteceu e de como o processo psicoterapêutico contribuiu para a orientar e mudar suas percepções:

U14 Nossa! Foram tantas percepções! É... Primeiro eu acho assim... Que realmente o olhar do que eu tinha antes, de acontecer isso [feminicídio], por exemplo, na minha família, hoje eu tenho outro olhar, até mesmo de como instruir as minhas filhas nessa questão da violência doméstica tudo. Essa foi a primeira coisa que me ajudou muito diante disso, porque a gente acha que é uma coisa tão longe da gente. E aí quando acontece a gente passa a perceber de outra forma.

No caso da U14, após o feminicídio ocorrido em sua família, ela precisou buscar uma profissional para melhor entender as questões que a envolviam e auxiliar as pessoas ao seu redor. Para a usuária 07, o tratamento ajudou a lidar melhor com seus medos e ‘fantasmas’ que se desencadeavam decorrente do convívio com seu ex-marido e da violência cometida, por ele, para com ela.

Estas usuárias U07 e U14 relatam seus benefícios em estarem em processo de terapia, descrevendo a relação consigo de forma modificada, valorizando a si mesmas como algo prioritário em seus contextos de vida, com capacidade para tomarem decisões importantes em suas saúdes emocionais.

A psicóloga P8 atende um grupo de mulheres e observa que, além da demanda por compreensão, elas buscam entender questões emocionais para lidarem com o autojulgamento e o julgamento de outros. Este desejo fica explícito em nossa cultura, pois muitas mulheres precisam se calar diante de suas emoções e sofrimentos, por serem julgadas frequentemente em seu meio social direta ou indiretamente, muitas vezes, como forma de exclusão e preconceito. A P8 relata as queixas que recebe em seus atendimentos: “Demanda por compreensão [...] elas só querem falar e não serem julgadas. É isso.”

Sendo assim, a emergência do sofrimento faz com que as pessoas procurem atendimento psicológico por uma necessidade de serem compreendidas em suas dores. Desta forma, estão presentes na terapia queixas que englobam questões emocionais destas dores, como sentimento de culpa e choro incontrolável, de acordo com o que as usuárias U13 e U18 relatam abaixo:

U13 [...] sou muito daquela pessoa que tudo leva culpa, se sente culpada.

U18 [...] é que tinha audiência e o advogado falou assim “se a senhora chegar chorando do jeito que a senhora chora a senhora vai perder” [...] eu consegui.

Igual, eu falei pro [psicólogo], eu me tornei uma outra pessoa, já cheguei lá na frente como se eu não fosse eu né, fosse perder, mas sem chorar, sem fazer nada, foi muito bom (choro).

Conforme as contribuições de Sawaia (2006) sobre a construção do significado das emoções, é possível afirmar que elas são constituídas como um produto histórico e social. Ou seja, emoção e sentimentos são significados construídos a partir do cotidiano e geram impacto, de alguma forma, na saúde mental das pessoas, mediados pela intersubjetividade. Essas emoções, quando não são expressas, ou quando não se consegue expressar da forma desejada, podem causar efeitos psicológicos, sociais e relacionais.

Saber lidar melhor com as emoções, impulsos, compreender suas maneiras de pensar e agir são efeitos da psicoterapia. Estas três usuárias relatam terem conseguido lidar melhor com seus choros, aprenderam a enfrentar determinadas situações em suas vidas e em suas dificuldades:

U2 [...] o choro acabou, hoje eu já choro menos [...] hoje eu já fui aprendendo a lidar com aquilo, que a gente tem que chorar, mas tudo tem um limite né [...].

U13 [...] choro menos, chorava muito.

U15 Percebi que eu fiquei mais leve, eu vivia muito triste dentro de casa [...].

Se conhecer mais e melhor, analisar suas atitudes e perceber que não é preciso ter vergonha de si e de seus problemas, passam a ser não só uma consequência positiva da terapia quanto também relacional, pois envolve relacionamentos do usuário com os outros, como declaram abaixo:

U5 [...] parece que agora eu tô conseguindo entender as coisas, tô conseguindo diferenciar, eu tô me entendendo mais.

U6 [...] que além de eu me autoconhecer, eu conheço quem está ao meu redor, que é a minha família de imediato [...].

U14 [...] passei a me conhecer muito mais, passei a me conhecer como pessoa, como ser humano, como realmente analisar as minhas atitudes [...] é muito bom essa questão de acompanhamento tudo [...] então acho que foram muitos avanços mesmo. Nossa! Cheguei aqui só o caco, só o pó, que eu achei que não ia dar conta de muitas coisas.

U8 Ai, eu percebi que eu me senti mais segura pra fazer o que eu quero, me conhecer melhor [...].

As usuárias abaixo relataram também seus benefícios com relação ao processo psicoterapêutico e ressaltaram que a autovalorização colabora para lidar melhor consigo e com os outros. Com base nisto, essas usuárias relatam terem adquirido mais autonomia, independência, realizando o que querem e sabendo reconhecer suas limitações e possibilidades:

U3 Percebi que me deu mais força, mais vontade de lutar [...].

U7 [...] ter a minha independência, andar com minhas próprias pernas [...].

U8 [...] vou mais por mim, pelo que eu sinto. Não tô interessada no que o outro vai pensar de mim, antes eu vivia pro que o outro ia pensar de mim. Eu considero as pessoas ne, tudo bem, mas agora, depois que eu fiz esse tratamento, eu vou pelo meu querer (risos).

Saber lidar consigo próprio e ter competências internas para lidar com as adversidades são recursos importantes. Este usuário declarou compreender melhor a auto sabotagem, enxergando mais possibilidades para mudanças internas e uma abertura para a mudança:

U17 A gente acaba vendo algumas situações que a gente próprio se sabota. E a com a terapia a gente começa a enxergar essas coisas ne, pra tomar alguma atitude pra mudar, porque é uma melhora em relação a essa situação né. A gente não ficar mais fechado, se auto sabotar realmente ne, mais ou menos isso que eu penso.

Questões como dor e sofrimento podem ser descritos de variadas formas. No entanto, cabe apresentar o conceito de dor construído por Sawaia (2006). Interessamos discutir essas descrições sob a ótica de um conceito ético político, no qual a dor pode surgir a partir de uma situação social e desencadear impactos identitários e relacionais. Os usuários, ao perceberem que suas relações consigo mesmos não estão boas, bem como para com as outras pessoas, buscam possibilidades para mudanças.

Ainda sobre as queixas recebidas no Núcleo, há demandas de usuárias e usuários com dificuldade nestas áreas interpessoais, incluindo questões familiares e processos de separação. A seguir U17 apresenta esta realidade:

U17 Assim.... É.... eu fiquei muito abalado com a separação e eu comecei a entrar em depressão. Não queria ver mais ninguém, a ter dificuldade no

trabalho, dificuldade de me relacionar, não queria ver mais ninguém, mais fechado. Então vamos dizer assim, eu tentei atitude de buscar uma ajuda pra não ficar como eu estava né?

Este é um dos desafios para a atualidade, pois a causa de muitos conflitos trazida pelos usuários demanda um olhar e uma atenção especial para as famílias e suas histórias. No que se refere às práticas do profissional da psicologia, orientadas pelo trabalho interdisciplinar e o acolhimento, as escutas realizadas pelo psicólogo aos indivíduos e às famílias possibilitam um redirecionamento para a ampliação do diálogo e o registro de considerações importantes a serem elaboradas, tanto do indivíduo quanto de seu contexto familiar (FERNANDES *et al.*, 2011).

Sendo assim, foi destacado que, ao mesmo tempo em que há usuários que possuem dificuldades neste contexto familiar, há também usuários que passaram por algum tipo de perda de entes queridos, tentando lidar com a situação do luto. Os participantes P4, U12 e U15 relatam:

P4 [...] há casos de algumas pessoas que sofrem algum tipo de abandono familiar. Há pessoas que sofrem conflitos em relação a algum processo de separação [...].

U12 Ah, tinha várias, porque acumulou tudo, minha filha casou, perdi meu pai, separei do marido, aí foi tudo isso, tudo junto.

U15 [...] eu perdi minha mãe, eu perdi um pedaço de mim.

Quanto ao contexto familiar, é importante considerar fatores externos que contribuem para a motivação de usuários ao estarem em acompanhamento. Os usuários U4, U9 e U10 apresentaram a família como apoiadora e incentivadora para a continuidade do atendimento:

U4 [...] acho que minha irmã ficou muito contente que eu tô vindo, ela falou “que bom que você tá indo”, aí eu falei “eu gostei, vou continuar” [...]

U9 Minha filha facilita muito pra mim [...].

U10 [...] sendo incentivado por outras pessoas da família [...].

Observa-se, então, que o fator família pode ser influenciador na escolha dos usuários para que procurem um atendimento psicológico, tanto quanto a causa, como uma necessidade de trabalharem questões familiares a serem bem elaboradas,

quanto a família como uma estrutura de apoio e incentivo para que o usuário continue o andamento do seu processo terapêutico.

Cabe também citar essa usuária que busca o atendimento para prevenir a depressão, a auxilia a desenvolver mecanismos para o seu autoconhecimento em busca por uma vida melhor, ou seja, há uma perspectiva de prevenção e autoconhecimento, como relata esta usuária U11: “Ó, por causa que eu vivo, eu moro sozinha, então pra eu não ficar parada, eu acompanho muito as coisas. Porque eu tenho muito medo da depressão, então eu participo bastante assim, pra evitar. Ter uma vida digna né? [..].”

Interessa-nos então discutir sobre essa dignidade da qual essa usuária relata, correlacionando-a ao seu bem-estar psíquico, em prol da prevenção de agravos e promoção de saúde, para fins de evitar quaisquer sintomas de depressão. O medo instalado na sociedade com relação a doenças mentais nos faz questionarmos sobre a ‘psicologização’ da vida, a qual pode ter vários contrapontos. Primeiro, o de informar e sensibilizar a população a cuidar de sua saúde mental. O outro, de uma sociedade que busca diagnósticos e doenças psíquicas, sintomatizando tudo e fazendo auto diagnósticos, podendo ser prejudicial ao seu processo de saúde.

A psicoterapia, segundo esta psicóloga P6, também pode ter o intuito de atender as necessidades emergenciais de sofrimento dos usuários e usuárias atendidos no Núcleo: “[...] elas têm uma emergência de sofrimento. A hora que essa emergência, ela tá suportável, ela tá elaborada, que a pessoa consegue caminhar, ela já se dá por satisfeita [...]”

Existem também as demandas relativas à obesidade, fator este que desencadeia sintomas físicos e psicológicos no indivíduo, mobilizando a buscar acompanhamento para saber lidar com tais sintomas. Esta psicóloga P3 relata: “A minha principal demanda é a obesidade [...] as demandas são diversas, mas a demanda principal são mulheres obesas.”

Questões de desemprego, como fator externo, também foram marcadas como sofrimento psicológico gerado no usuário que busca o atendimento, descrito pelo psicólogo P4: “[...] também a questão do adoecimento por conta de emprego ou da falta de emprego [...]”.

Segundo Sawaia (2006), o desemprego é marcado como forma de exclusão, caracterizado como sofrimento de diversos aspectos, dentre eles, econômico, político e coletivos, tendo a gênese nas intersubjetividades advindas da sociedade. A dialética da exclusão se reproduz na sociedade, junto às conjunturas sociais advindas da raça, classe, idade e gênero.

No entanto, apesar de existirem poucos psicólogos que atendem o público de adolescentes, estes relatam que recebem queixas que evidenciam a dificuldade dos jovens em se relacionarem, compreenderem melhor sua sexualidade e lidarem com suas inseguranças. O psicólogo P4 relata: “[...] há casos de adolescentes que estão com uma certa dificuldade de compreenderem sua sexualidade [...].”

A seguir, as usuárias 04 e 05 explicitam percepções gerais, não descrevem as mudanças alcançadas, contudo expressam estarem se sentido melhor, sendo que estas qualificações transparecem pelas falas: “sinto bem”, “não sinto os sintomas que sentia antes”, indicando que as situações e sintomas não se repetiram ou estão menos recorrentes. São os primeiros ganhos quando se está em processo de terapia, estes não conseguem identificar ou talvez nomear suas melhoras, mas as sentem e expressam de diferentes maneiras:

U4 Eu sinto bem, me sinto muito bem [...].

U5 Melhor, tá melhorando bastante. Agora já não sinto os sintomas que estava sentindo antes.

De fato, há uma satisfação e um reconhecimento em se tratar da saúde mental ofertada no serviço do Núcleo, identificando pela fala dos usuários a satisfação pelo trabalho da psicologia. Desta forma, apresentamos também os agradecimentos dos usuários U1, U6 e U7, como forma de reconhecimento ao trabalho do Núcleo:

U1 Só peço que eles não deixem as psicólogas sumirem daqui né (risos) [...] então eu quero que elas continuem aqui e que Deus dê saúde pra elas não deixarem a gente.

U6 Agradecer, agradecer a todos o carinho a atenção [...] a mensagem minha é agradecer a todos mesmo de coração, tô muito feliz e satisfeita.

U7 Tomara que não acabe, que mais pessoas sejam acompanhadas

Há de se reconhecer a satisfação destes usuários se tratando do atendimento ofertado, demonstrando o Núcleo como um serviço que abarca amplas necessidades do público atendido, desde as mais subjetivas, para determinantes de saúde e de problemáticas sociais.

Com relação aos atendimento em grupo, na perspectiva do usuário, identificou-se que há dois contrapontos. Por um lado, usuários relataram ganhos ao participarem do processo terapêutico em grupo. Por outro, usuários destacaram fatores, como não se sentirem confortáveis na relação grupal e o risco de exposição dentro e fora do grupo.

As usuárias U8, U9 e U11 relatam abaixo seus benefícios ao participarem do processo grupal, escutarem diferentes histórias e constatarem as pessoas passando por situações semelhantes ou diferentes, bem como, ao terem com quem compartilhar seus problemas de maneira sigilosa e respeitosa. Relatam:

U9 Em grupo também muito bom, você conversa sobre o seu problema. Aí chega na hora do amigo lá, puxa o problema do meu amigo. É tão sério também, às vezes a gente reclama do nosso né, aí a gente vê o do outro. Muito bom.

U8 [...] a gente vê os problemas das outras mulheres, aí a gente pensa assim “mas o meu problema é pouco perto desse né?” essa daqui tem tanto problema feroz ne? (Risos) Então eu fico pensando, analisando ne, aí vejo o tratamento que é bom.

U11 [...] é assim, como nós tá conversando, a conversa lá não sai de dentro da sala, esse é uma boa ajuda, porque se for pra falar algumas coisas que saem lá fora, interfere muito na vida da gente [...] o sigilo é o melhor que a gente pode ter! [...] eu aproveito o máximo dessas reuniões, eu aprendo muita coisa!

A partir dessas percepções, os significados criados ao longo do processo do grupo tomam forma para uma direção de apoio, suporte e pode criar um sentido de responsabilidade relacional entre os participantes. De acordo com Camargo-Borges, Mishima e McNamee (2008), a responsabilidade relacional é um recurso congruente aos propósitos da APS, facilita processos dialógicos nas práticas em saúde, favorece o vínculo entre os usuários e seus relacionamentos, desenvolvendo relações menos individualistas e mais corresponsáveis uns pelos outros. Nesse sentido, a lógica se encontra nas relações estabelecidas, fortalecendo interações e coordenando ações em conjunto.

Percebe-se que uma atmosfera de confiança é criada com o sigilo construído no grupo; a partir do qual, de acordo com as autoras Recalde e Cálceña (2014), é possível criar contextos com potencial de construir espaços para que as pessoas sintam liberdade de se expressarem e participarem, possibilitando modos autênticos de vida.

No entanto, usuários também percebem que o grupo é uma forma de dar continuidade ao acompanhamento psicológico, uma vez que determinados conteúdos já foram trabalhados com atendimentos de psicoterapia individual, mas uma forma de manter o acompanhamento é permanecer nos grupos específicos, segundo as falas de U3 e U8:

U3 [...] quando passei com psicólogo conversando, primeiro era sozinha depois foi grupo, foi mudando, porque aí eu via que tinha aquelas pessoas lá que tinha problema pior do que o meu, bem pior. E conversando a gente vai melhorando [...].

U8 Primeiro eu fiz assim individual, eu e a psicóloga né. Aí contando, que ela me dispensou né? Aí ela falou “pra você não ficar de nada sem tratamento você vai participar do grupo de mulheres” Aí que eu comecei a participar do grupo [...].

Ao pensar em termos estratégicos para o serviço, a tendência é ampliar os atendimentos em grupo para dar conta das demandas, principalmente com a proposta da clínica ampliada. Contudo, observa-se que, enquanto uns visualizam o processo grupal como transformador, há também visões contrárias, junto a necessidade de se aprofundar em atendimentos de forma mais individualizada e específica para determinados assuntos. Usuários relataram receio em compartilharem questões particulares de suas vidas com o grupo, como as falas abaixo demonstram:

U1 [...] fiquei ali no grupo ali dois meses, aí não consegui falar nada [...] chegava minha vez, eu falava “passa”. Só escutava. E aí eu escutava, tinha vontade de matar aquela pessoa, porque aquela pessoa, o que que ela tinha que vir fazer aqui resolver aquele problema dela, sendo que ela podia resolver em casa no tapa? Aí me tiraram do grupo, me ‘puseram’ com a psicóloga.

U2 [...] no grupo você fala, mas tem umas coisas que você não fala. Porque eu já frequentei o grupo, eu tinha vergonha. Às vezes eu falava assim, meio por cima sabe? [...] vai que eu encontro ela [integrante do grupo] no ônibus, no terminal né? Tudo aqui nas redondezas, quero ver que eu falava, mas não falava de jeito nenhum! [...].

U18 [...] eu não gosto de participar em grupo. Não, tipo assim, quando eu vou no posto de saúde e fala que o psicólogo é em grupo eu desisto. Eu prefiro particular né, sozinha, eu não participo não [...].

Portanto, considera-se que algumas pessoas não apresentam um perfil para grupo e que, ao mesmo tempo, ainda há um estigma apresentado nos atendimentos grupais, apesar destes se constituírem em uma das saídas para atender uma quantidade maior de demandas psicológicas da comunidade.

Faz-se então necessário promover práticas da psicologia considerando suas condições sociais, legitimar os sujeitos não somente como pessoas com sofrimento psicológico, mas também seres com direito a escolhas, que possuem recursos, são capazes de reescreverem suas histórias a partir do sofrimento. Desenvolver ações que possibilitam abranger um amplo contexto na saúde mental, considerando também as problemáticas que se apresentam.

5.6.3 A relação que se constrói entre psicólogo e usuário relacionada ao processo psicoterapêutico no Núcleo de Psicologia

Faz-se necessário, cada vez mais, práticas direcionadas a um saber-fazer psicológico não mais voltado ao fazer pelos usuários e sim com os usuários, partindo da ideia da corresponsabilização e da autonomia, construídas a partir dessa relação, considerando os contextos de sofrimentos e potenciais de saúde a explorar (CAMARGO-BORGES; MISHIMA; MCNAMEE, 2008).

No diálogo filosófico de Heidegger (1971), essa relação passa a acontecer constituída por um 'co-responder', na qual, segundo o autor, o sentido da correspondência faz com que haja um acordo a partir da linguagem, que passa por um processo de transformação nesta relação.

As intervenções feitas e o planejamento de ações se potencializam com base na realidade local e nas necessidades de indivíduos e comunidades, valorizando o saber popular como forma de criar ambientes diferenciados de cuidado na APS (CAMARGO-BORGES; MISHIMA; MCNAMEE, 2008).

Serão apresentados fatores que constroem tal relação entre profissionais da psicologia, usuárias e usuários e verificam-se características muito peculiares relacionadas ao acompanhamento psicológico: adesão, assiduidade, corresponsabilização, confiança, troca e aprendizado.

No trecho abaixo, o coordenador apresenta a quebra de paradigmas da adesão ao tratamento à psicologia no contexto do voluntariado, considerando que, mesmo sendo gratuito, é percebido o comprometimento terapêutico, bem como a abordagem centrada na pessoa que tem a alta adesão:

CO Não, a questão da resposta da comunidade, porque a ideia das pessoas de uma psicologia mais elitizada, mais conservadora é de que o serviço de psicologia quando é oferecido pra comunidade de forma gratuita não tem adesão. Isso é um paradigma falso tá. Tem tanta adesão que os nossos consulentes [pacientes/usuários] lá, quando faltam eles ligam avisando [...] até porque a gente trabalha com a ideia de quem determina o movimento do acolhimento é a pessoa que nos procura. Não é a gente que vai definir de quantas sessões elas precisam, tá. É o processo que faz isso, junto, e aí tem toda questão de relação de poder, a partir da ideia de que não é o psicólogo que manda no tratamento, ne, mas tem uma pessoa que precisa e que sabe, mais do que o psicólogo o que é preciso [...]

Segundo Recalde e Cálcena (2014), a ideia de 'paciente' no sentido passivo vai sendo desconstruída e gerando assim novos ecos e significados desse usuário, criando uma identidade de co-construtores de como querem viver e estar, de maneira autônoma e responsável com seus processos.

A valorização do seu acompanhamento terapêutico, sabendo que é algo escasso na rede, leva o usuário a refletir sobre seu comprometimento com o tratamento, influenciando em sua assiduidade, gerando assim, responsabilidade para com a terapia, para também avançar em sua vida psicológica e sentimental, como destacam U1, U6, U17 e U18, abaixo:

U1 [...] quando eu não consigo, eu venho e aviso que eu não posso vir [...] o dia que eu não posso vim eu acho ruim, eu acho falta.

U6 [...] mas outro compromisso não existe, você entendeu? eu não falto por nada, é isso aqui que tá me fazendo ser diferente, que eu me comporto de uma maneira diferente, me autoconheço, vejo as minhas limitações, me percebo e como vou agir diante das situações, porque elas existem o tempo todo [...].

U17 [...] eu venho correndo pra eu não perder a sessão, porque é um auxílio pra mim, às vezes quando eu falto ou quando eu não posso vim eu fico com aquele sentimento de culpa [...].

U18 [...] quando eu tava trabalhando era problema de horário, mas ele [psicólogo] mudava né, pra não ficar sem [...].

Fica evidente então que ambos percebem que o processo terapêutico os beneficia, por isso valorizam como algo prioritário. Saber que existe um profissional disponível a atendê-los é algo que motiva esse comprometimento e a assiduidade, obtendo uma relação de respeito e reconhecimento das necessidades da terapia.

As relações citadas acima partem de acordos e negociações de sentido e responsabilidades entre os atores envolvidos, com esclarecimentos de ambos os papéis. Isto também motiva o profissional a permanecer no Núcleo:

P5 Eu acho que agora essa corresponsabilização com o processo das pessoas, essa parceria com as pessoas daquela região, das pessoas que estão interessadas, motivadas, querem também o acompanhamento, reconhecem o trabalho, reconhecem a oportunidade, vêem melhoras nos seus progressos [...] talvez eu acho que isso é o que mais me prende, essa corresponsabilização com os processos dos usuários que percebem na psicologia uma forma de se estruturarem melhor, de se organizarem melhor, de ter mais felicidade [...].

Ainda sobre essa corresponsabilidade, esta mesma profissional relata que a facilidade está na maneira como se comunica com os usuários, que favorece uma boa relação e comprometimento quanto ao processo terapêutico:

P5 [...] a comunicação com os pacientes no próprio comprometimento. Isso facilita, porque você tem que se deslocar, os pacientes desmarcam, vão a consulta e quando não vão, nunca é indiferente [...].

Fica claro que, pra essa relação acontecer, depende dos atores envolvidos, sendo profissional e usuário, classificando esse processo de terapia como algo subjetivo, pois há uma relação onde duas ou mais pessoas se envolvem e fatores externos podem influenciar. Sendo assim, o psicólogo P2 sente que, apesar de não ser um fator dificultador de forma direta, acontece de haver desmarcações, ou até mesmo o usuário não chegar ao seu horário da terapia: “Olha, o que de maneira rara, raras vezes acontece de dificultar, é quando o meu paciente vai faltar e não avisa. E eu tenho que circular vários quilômetros da minha casa até lá para fazer o atendimento. E às vezes acontece de eu chegar lá e a pessoa não foi [...]”.

Em contrapartida, estes psicólogos relatam observar uma não adesão do usuário no tratamento, frustrando-se com processos no qual acompanham, em que os próprios usuários se 'dão alta':

P3 [...] algumas vezes eu sinto frustrada. Por quê? Porque às vezes começam a não continuidade do tratamento [...] são poucos os pacientes que você da alta, eles se dão alta eles mesmos tá? [...].

P4[...] se há um fluxo muito grande de desistência, de evasão das pessoas, então isso eu acho que dificulta também [...].

Cabe discutir que o processo terapêutico é subjetivo e muitas vezes o profissional não tem acesso às informações dos motivos da não adesão ao tratamento desses usuários. Devemos considerar que o Núcleo possui uma certa fragilidade no que diz respeito a estruturação e organização, o que muitas vezes dificulta para o serviço explorar o que faz com que o paciente não dê continuidade.

No entanto, mesmo com tais dificuldades, esta psicóloga P5 manifesta que se sente acompanhando o processo de saúde destes usuários e pode colaborar, com o que é possível, para melhorar a qualidade de vida da população, ressaltando que a troca é importante: “[...] poder colaborar talvez em algumas outras histórias [...] essa possibilidade de trocar, então eu acho que a minha expectativa é mais com essa relação à troca [...].”

Porém, essa troca pode ser descrita de diversas maneiras também pelos usuários, definidas aqui como escuta, confiança e orientação. A usuária 06 leva em consideração o processo de aprendizagem na terapia e a correlaciona como um momento de orientação, anotando questões e aspectos importantes do seu dia a dia como um conteúdo a ser levado para o terapeuta e isto também favorece o comprometimento:

U6 [...] durante a semana eu anoto o que eu acho diferente no meu comportamento, aquilo que eu aprendo aqui nas orientações [...] eu vou resolvendo os problemas com orientação do psicólogo [...] o resultado dava exatamente naquilo que ele tentava me falar, então assim eu tive respostas positivas rápidas de várias coisas e continuo tendo, você entendeu? [...].

Quanto a relação de profissionalismo do terapeuta, a linguagem e a linha de trabalho são congruentes com o que a usuária precisa, há identificações mais fáceis. Surge uma curiosidade própria da usuária em explorar suas ações e comportamentos,

entendendo melhor as suas emoções, como relata esta usuária U6, ainda sobre a relação com seu terapeuta e sua forma de trabalhar:

U6 Sim, o que facilita bastante no caso é o meu terapeuta, a relação que nós temos de profissionalismo, a linguagem que ele fala comigo [...] ele foi me entendendo e foi me passando de uma forma que eu compreendesse [...] a forma dele trabalhar facilitou pra mim [...].”

Esses usuários abaixo vêm no psicólogo uma figura de conselheiro, que escuta, conversa, questiona e orienta, descrito por essas usuárias:

U15 A doutora que é muito gente boa, ela escuta a gente, ela aconselha a gente [...] parece que a gente conversando com ela a gente volta pra casa aliviada.

U16 Ah, o que facilita é que eu tenho uma pessoa que eu chego aqui eu converso, [...] o profissional que eu falo ele me entende, ele dá a opinião dele, tipo me orienta e questiona também ao mesmo tempo, isso também tudo contribui pra mim evoluir [...].

Há também outro aspecto importante que favorece ao usuário se sentir confortável na terapia, a confiança, expressada pela usuária U4: “[...] parece que a gente tem uma confiança né, uma confiança que aquela pessoa vai, você, vai contar você vai poder desabafar e aquela pessoa vai te dar uma dica de como você pode agir [...].”

Fatores como ser mulher e ser acompanhada por outra mulher é algo que gera também confiança e mais facilidade de identificação para compreensões dos casos, como descrito por U2: “[...] por ser mulher é mais fácil [...].

Faz-se necessário, então, para esses usuários e usuárias, ter um espaço de escuta qualificada para que possam desenvolver em seus processos de psicoterapia. Compreender essa realidade e necessidade da comunidade é imprescindível para esses profissionais do Núcleo, que consideram os usuários como uma população que realmente precisa desse espaço de escuta e acompanhamento. De acordo com P1, P3 e P8:

P1 A necessidade que eu sinto que a população que procura o atendimento tem [...].

P3 Eu gosto do trabalho lá, principalmente uma população muito carente que a gente sabe que há necessidade [...].

P8 [...] as pessoas que frequentam lá realmente estão passando por situações que requerem um grupo pra falar, então não sei se deve ser por isso. Elas têm essa necessidade e elas vão, então funcionou desse jeito, então isso a gente sabe que se a gente parar vai fazer falta, entendeu?

O grupo de usuários atendido no Núcleo ocupa um espaço como ato de produção de saúde a partir da relação que se estabelece com o psicólogo. Segundo Nepomuceno e Brandão (2011), com a participação ativa dos usuários, os profissionais podem reorientar suas práticas, fortalecer o serviço e a relação com a comunidade. Ou seja, é necessário que se promova uma prática colaborativa para a avaliação e reorientação do trabalho desenvolvido.

5.6.4 Sugestões dos participantes relacionadas ao Núcleo de Psicologia

Neste item usuários fazem observações como sugestões de melhorias, inseridos aqui em específico, para se dialogar sobre as possibilidades de tais sugestões serem implantadas e/ou discutidas no que diz respeito ao serviço e à atuação dos profissionais.

Com relação a necessidade de se ter mais vagas para atender as demandas da área infanto-juvenil, os participantes CO, U7, U18 e P6 relatam:

CO Outra dificuldade são algumas áreas, por exemplo, é difícil você achar um psicólogo que trabalha com adolescente [...].

U7 [...] eu sei que tem essa lista de espera de crianças, eu acho que de adolescentes. De repente isso pudesse ser melhorado [...].

U18 [...] a única coisa que eu acho é, que os adolescentes, eles não atendem sozinho, atende só em grupo, eu tenho três neto adolescente e já vim marcar duas vezes com a [secretária do Núcleo], mas eles não vêm por ser em grupo [...].

P6 [...] eu vejo muito a questão do abuso, do abuso sexual muito forte [...] e na periferia é muito necessário essa especialidade [...] eles ficam muito soltos e tantas coisas podem gerar pra frente, uns desencontros existenciais, então essa criança, esse adolescente pode vir aí a trilhar caminhos disfuncionais pra sua vida [...].

Deve-se considerar que muitos profissionais que se formam atuam na área do público adulto, exigindo habilidades e capacitações específicas para atender crianças e adolescentes, pois o processo terapêutico é diferente. Neste sentido, para dar conta da demanda desta área, o Núcleo possui grupos para abarcar esta necessidade, o que pode acabar acarretando na resistência por parte de alguns jovens, como cita a usuária U18, por exemplo.

Sobretudo, usuários relatam também que há uma necessidade de aumentar a quantidade de psicólogos para atender no formato individual. A seguir se encontram sugestões dos participantes U2, U4 e U8 que identificam essa necessidade:

U2 [...] pra melhorar só se fosse assim se tivesse mais gente né, igual, viesse mais psicólogo [...].

U4 [...] eu gostaria de ter assim, individual pra minha neta [...] todos os médicos dela pede pra ela ir na psicóloga [...].

U8 [...] mais psicólogo, eu acho que poderia ter mais, porque é pouco pelo tanto de loucura que tem. Porque aqui na nossa redondeza que eu saiba só aqui que tem esse tipo de atendimento, então se viesse mais atendimento, pra nós era melhor [...].

Verifica-se esta importância para os usuários, que são atendidos, mas sabem que a comunidade também precisa deste tipo de serviço. No entanto, aumentar a quantidade de psicólogos, tanto para o atendimento geral do Núcleo quanto individual, no atual contexto, seria ter mais profissionais voluntários para atender esta demanda. Como o serviço conta com esta iniciativa pessoal e profissional dos psicólogos, não se sabe se esta necessidade pode ser atendida. Portanto, diante destas sugestões, há de ser repensado a maneira como o serviço está estruturado e como poderia se organizar para que pudesse contemplar tais demandas que se apresentaram aqui.

Em determinados casos, usuários também sugerem que seja modificado o formato dos atendimentos: obter uma quantidade maior de sessões de psicoterapia na semana, ter estagiários como co-terapeutas, junto com as facilitadoras do atendimento em grupo, bem como flexibilidade nos horários dos atendimentos, como seguem as falas dos participantes U10, U11 e U17, sequencialmente:

U10 Eu acho que poderia ser mais vezes, acho que pelo menos mais umas duas vezes na semana [...] não só o meu, acho que de todos.

U11 Ah não, porque antigamente sempre tinha uma pessoa junto com ela, agora a [psicóloga] tá sempre só, ainda não veio uma pessoa pra ajudar, mas sempre vem, fica mais legal [...].

U17 [...] um horário mais flexível né. Meu trabalho é longe daqui; que nem hoje, não deu pra chegar mais cedo e vários dias já aconteceu isso também, que eu tive um afazer no trabalho e eu não pude sair antes disso [...].

É importante destacar que algumas falas são bem específicas em seus casos, portanto, pode não caber para o serviço de uma maneira geral, e sim para ser dialogado entre usuário e profissional, afim de serem reavaliados os formatos e práticas que permeiam a relação terapêutica.

Percebe-se também na participante U02, que a mesma declara sobre a possibilidade de finalizar seu processo terapêutico, de ter 'alta' da terapia, o que acontece de forma comum na relação entre usuário e psicólogo:

U2 [...] eu queria ficar, continuar com a [psicóloga do Núcleo], mas não pode ela disse que eu já tô boa. Ela fala assim, se eu der uma recaída eu volto, mas eu não vou recair não, em nome de Jesus (risos). Agora vou só pra frente [...]

Essas falas também fazem repensarmos sobre as práticas de psicologia dentro destes contextos, porque as propostas de terapias mais demoradas e prolongadas dificultam o atendimento de toda a demanda, fazendo com que aumente a dificuldade em resolutividade dos casos de uma maneira geral. Em determinados contextos, as terapias breves são as mais indicadas, considerando, claro, que existem situações e demandas específicas que necessitam de um acompanhamento integrado, mais prolongado e sequencial.

Há, dessa forma, uma necessidade de reorientar as práticas para uma perspectiva de saúde coletiva, repensar e reorganizar a estrutura do serviço do Núcleo, obtendo um planejamento estratégico, pensando na qualidade e acessibilidade do que está sendo oferecido, redefinindo com ampliação numérica e qualitativa dessa abrangência no contexto da saúde mental.

Verifica-se, então, conforme Regina Benevides (2005), que a luta que perpassa essa necessidade é de uma psicologia acessível à todos. Proporcionar espaços de atendimentos com base na equidade, princípio base do SUS, cabe também para o cuidado em saúde de um modo geral, revendo esta linha de cuidado em saúde mental e suas práticas possíveis na APS.

Os psicólogos P1, P2 e P6 também reconheceram a importância em continuar dialogando sobre a temática da saúde mental, explorada na pesquisa, expressam que tiveram um espaço de participação e que este assunto é necessário ser exposto. Esperam que o estudo dê visibilidade para o trabalho realizado e estimam que temáticas semelhantes sejam desenvolvidas na área acadêmica, conforme os relatos:

P1 [...] espero que essa pesquisa dê frutos e que as pessoas consigam visualizar esse trabalho né. Sei que muitas pessoas já sabem da existência dele. Mas sei também que é vergonhoso né, ter voluntário em um serviço que é público e que o Estado deveria, o município deveria ver, só isso.

P2 É o seguinte, eu acho interessante você trazer uma pesquisa como essa, eu me senti valorizado neste sentido [...].

P6 Eu tenho um seguinte recado para os jovens, os acadêmicos, os que estão atuando lá, os acadêmicos que chegam para estágio, que tem esse olhar de produção na ciência. Para que através da ciência possam ter evidências científicas, de que esse trabalho é fundamental para auxiliar o crescimento e desenvolvimento das pessoas no individual, mas num coletivo maior, numa abrangência maior [...].

A relevância social e política sobre o tema da saúde mental que a ciência constrói para expandir a produção científica destes trabalhos nos parece fundamental.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa possibilita construir um multiverso a partir de distintas perspectivas, descrições e construções.

Por se tratar de um estudo no qual atuo no local, procurei me distanciar ao máximo para explorar e descrever os variados fenômenos que se encontravam na construção do conhecimento sobre a experiência da psicologia em um serviço de saúde mental, anexo à uma UBSF.

Dentre as lacunas nos sistemas de saúde do Brasil atualmente, existe um número reduzido de profissionais da psicologia e de serviços de saúde mental para atender demandas que possam se integrar a um processo de saúde que vai além do bem-estar físico, mas também o psíquico e social.

Assim sendo, a relevância em elaborar esta pesquisa partiu da necessidade em articular os saberes e ações da saúde mental, por meio da contribuição das práticas psicológicas que vem sendo realizadas no âmbito do Núcleo de Psicologia.

Foi possível conhecer este serviço e compreender o quanto contribui nos processos de saúde dos usuários do SUS, que se encontram nas demandas dos serviços da APS, retratando uma carência de medidas preventivas no eixo de saúde mental, junto à necessidade de desenvolver mais estudos e propostas na área.

A pesquisa contribui para conhecer o serviço do Núcleo, como este local se mantém, a relação UBSF e Núcleo, a relação do Núcleo com as redes intersetoriais, as atuações dos profissionais da psicologia no Núcleo, a percepção sobre a importância deste serviço para a APS, bem como as práticas e ações em saúde mental desenvolvidas neste espaço e a relação da comunidade com a oferta deste serviço, considerando as potencialidades, as dificuldades enfrentadas e o que pode melhorar em seu contexto.

Com o objetivo de conhecer o serviço do Núcleo de Psicologia, identificamos que este se trata de um espaço físico anexo ao território da UBSF São Francisco, que atende demandas em saúde mental de usuários com interesse e necessidades em acompanhamento psicológico.

Este Núcleo foi criado com o intuito de atender uma demanda que já se apresentava na região; no entanto, foi expandindo seu trabalho por toda a capital, hoje

atendendo as pessoas que são de bairros distantes da localização do serviço, apresentando aproximadamente onze bairros neste estudo, de acordo com o local de residência dos entrevistados.

As necessidades em saúde mental foram se apresentando e o Núcleo vem crescendo continuamente. Porém, para que este serviço funcione, é fundamental uma reestruturação e reorganização para que ele possa existir e continuar atendendo a demanda, que só vem aumentando.

Os fatores elencados como estruturais ao serviço, no período da pesquisa, foram: o espaço físico, por meio da Prefeitura Municipal de Campo Grande; a Missão Franciscana, instituição administrada pelos franciscanos; os insumos materiais; um sistema de cadastros; os recursos humanos; parceria com uma Universidade; e doações de instituições privadas e de pessoas que querem contribuir com o Núcleo de alguma forma.

Tais aspectos, elencados como elementos chave para o Núcleo ofertar o serviço, atualmente se encontram em um estado de fragilidade e alguns, até em precariedade no que se trata de determinados aspectos.

Cabe destacar aqui o que se mostra evidente na condição de fragilidade do serviço: a dependência de doações de pessoas e instituições para a manutenção do Núcleo; infraestrutura que necessita de adaptações para um funcionamento adequado; os profissionais voluntários que possuem uma dinâmica pessoal e profissional de suas ofertas de trabalho para o serviço, ficando este à deriva de suas disponibilidades.

No entanto, no que diz respeito a relação do Núcleo de Psicologia com a UBSF São Francisco, considerando sua história e a estrutura física que os integra, percebe-se que há também fragilidades neste vínculo, o qual por vezes se estabelece desintegrado, podendo ficar prejudicado pela falta de interação do Núcleo com outros setores da Unidade – e vice-versa -; com a falta de informação e conhecimento sobre o trabalho do Núcleo por parte da Unidade, ambos derivados também pela condição de trabalho, tanto dos profissionais do Núcleo que são voluntários e possuem carga horária reduzida, como da equipe da UBSF, com alta rotatividade dos profissionais e da gestão.

O que se demonstra é que uma minoria dos psicólogos voluntários realizam essa intersecção de saberes em atendimentos compartilhados com a Unidade, sendo necessário haver uma comunicação entre - e com - essas práticas e intervenções para um cuidado de forma continuada e integrada, corresponsabilizando-o com a Unidade também, pelas ações em saúde mental desenvolvidas, partindo da ótica da interdisciplinaridade com a utilização de tecnologias leves por parte de toda a equipe da UBSF e do Núcleo, visto não só como uma responsabilidade e competência dos profissionais da psicologia do Núcleo.

Não obstante, percebe-se também que, pela carga horária reduzida destes psicólogos voluntários do Núcleo, estes acabam não interagindo, até mesmo com o próprio serviço do Núcleo e com os outros psicólogos voluntários, o que limita um trabalho articulado e uma maior compreensão dos profissionais de seus trabalhos, bem como das práticas desenvolvidas.

Esta desintegração pressupõe desafios a serem alcançados no que se trata de um trabalho na rede da APS e na articulação com outros setores. Para fins de conhecimento de todas as esferas, reorganizar e construir quais são os papéis, a missão e o propósito do serviço do Núcleo de Psicologia, expondo isso à comunidade, aos profissionais de psicologia do Núcleo, à equipe da UBSF, às instituições parceiras e aos setores públicos da rede municipal de saúde.

Faz-se necessário que todos entendam o que o Núcleo oferta, perceber qual lugar este Núcleo ocupa como serviço de saúde mental, bem como reconhecer suas limitações e reorganizar a estruturação deste serviço.

Em relação ao público atendido, o estudo comprovou que a maioria se caracteriza por mulheres, representada por aproximadamente 80% do total de entrevistados, demonstrando que o gênero feminino busca mais o serviço do Núcleo, criando a necessidade de grupos para compartilharem suas histórias, queixas e sofrimentos.

No que se trata do perfil do público atendido, diante das queixas apresentadas, identifica-se que este apresenta a saúde mental como uma condição e não necessariamente pessoas que possuem algum transtorno. Existem usuários com transtornos leves a moderados, no entanto, há também os que buscam a psicoterapia

com o intuito de terem um espaço de escuta, orientação, compreensão e compartilhamento de suas dores, sofrimentos e histórias.

Todavia, o estudo mostra que ainda existe uma cultura marcada pelo modelo biomédico, focada apenas nos transtornos mentais, ao invés de trabalhar com o conceito de promoção de saúde, centrado no indivíduo e sua singularidade.

As dificuldades ainda existentes têm sido marcadas pela luta antimanicomial, a qual evidencia que grande parte das necessidades em saúde mental vem sendo esquecidas e, por consequência disto, serviços como o Núcleo de Psicologia passam a ser referência para as pessoas que necessitam de acompanhamento psicológico, porém à medida que aumenta a procura por atendimento, o Núcleo carece de estruturas para atender tal demanda.

É clara a necessidade de se olhar para a saúde mental em nosso país, uma nação que vem sendo marcada em sua história por desastres naturais, conflitos políticos e ideológicos, conflitos sociais, violências crescentes, bem como retrocessos na área da saúde.

Portanto, conforme autores da literatura deste estudo destacam, quanto mais expandidas e consolidadas as ações da APS, mais se torna possível promover saúde, assegurando uma atenção mais contínua e próxima ao usuário; considerar as suas necessidades, reduzir a iniquidade e inacessibilidade na sua relação com os serviços da rede pública, aproximando-os de uma proposta de cuidado em saúde mental.

Dessa maneira, este estudo demonstra que necessitamos, emergencialmente, de reestruturação e avanços nas propostas em saúde mental na APS. Há também que se olhar para entraves e dinâmicas que estão permeando esta realidade, como a promoção de saúde e prevenção de agravos que, como se pode perceber neste trabalho, são poucos os profissionais e serviços que atuam diretamente com essa proposta, pois ainda há uma cultura marcada pela busca de diagnósticos e cuidados paliativos.

Este estudo mostra também que rever o papel do psicólogo no Núcleo, no que condiz às suas atribuições como profissional no campo da saúde pública e coletiva, é primordial, para que o mesmo reflita sobre suas práticas e ações no contexto em que está inserido e, em consequência, adeque suas práticas a este campo.

Com relação ao perfil dos psicólogos e psicólogas voluntárias que atendem neste serviço, cabe discutir sobre a condição de voluntários diante das considerações apresentadas. Alguns profissionais não apresentaram noção da problemática da saúde mental no contexto da APS, o que pode acarretar na construção de relações com base em uma política assistencialista, com a apreciação de valores da gratuidade, bondade e fé, pressupostos do voluntariado. Este tipo de relação pode prejudicar a reestruturação e reorganização do serviço de saúde mental na APS, já que a ideia de autonomia pode se fragilizar ou ser pouco considerada diante da dependência dos usuários para com os profissionais, que pode aumentar.

Diante das práticas psicológicas realizadas, observamos que há uma forte adesão à proposta de atendimentos individuais, tanto por parte dos usuários que procuram este tipo de atendimento individualizado, quanto dos profissionais que, em sua maioria, preferem atender individualmente do que em grupo. Esta forma de trabalho deve ser respeitada, porque corresponde à problemáticas específicas apresentadas, pois há casos na psicologia em que se carece de fato de atendimentos individuais. No entanto, é preciso repensar sobre a prática do grupo que está sendo ofertada, analisando de que forma ele pode ser útil à construção de estratégias para atender a demanda que se apresenta.

Constata-se longa duração de acompanhamento psicológico de alguns usuários. Porém, é fundamental que o profissional da psicologia, neste âmbito do Núcleo trabalhe com um formato de psicoterapia individual breve, pois a proposta é construir autonomia com os usuários e não permitir uma dependência do mesmo com relação ao psicólogo, por conta da alta demanda.

Seria útil então, criar uma diretriz de atendimento nas práticas psicológicas para o Núcleo, com base nas propostas em saúde coletiva, trabalhando com o conceito da clínica ampliada, como alternativa às problemáticas sociais e determinantes de saúde que se apresentam.

Conclui-se, então, que o Núcleo atende uma demanda em saúde mental, ofertando um acesso diferenciado às pessoas, mesmo com todas as fragilidades apresentadas. Contudo, é necessário um cuidado para que esse serviço não seja apenas um centro de especialidades em saúde mental. Há que se pensar em termos

estratégicos, bem como em princípios e diretrizes do SUS, com o objetivo de rever o papel do Núcleo e dos profissionais atuantes neste local.

Fica evidente também que possa repercutir em diálogos e

Sendo assim, este estudo pode colaborar e facilitar para a construção de possibilidades ampliadas aos mais variados determinantes de saúde e sociais, bem como suas particularidades das demandas em saúde mental, apresentadas e crescentes, no contexto das Unidades de Saúde. Os resultados apresentados nesta dissertação nos convidam a pensar sobre a necessidade de ampliar a produção científica na área de saúde mental na APS, bem como os tipos de ações e decisões que este serviço do Núcleo pode possibilitar e passar a ser representativo para outras instituições com o perfil semelhante, e ainda colaborar na construção e implementação de políticas públicas em saúde mental na APS.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. O discurso sobre a enfermidade mental. In: ALVES, C. P.; MINAYO, S. C. M. **Saúde e doença: um olhar antropológico**, 1. ed., Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 1994.

ANDRADE, S. M. **A pesquisa científica em saúde: concepção, execução e apresentação**, Ed UFMS, 204 p., Campo Grande, MS, 2015.

ARRETCHE, M. Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia. **Ciência e saúde coletiva**, v. 8, n.2, p.331-345, Araraquara, 2003.

BENEDETTO, S.; OMMEREN, V. M.; BATNJII, R.; COHEN, A.; GUREJE, O.; MAHONEY, J.; SRIDHAR, D.; UNDERHILL, C. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. **The Lancet**, v. 370, n.9593, p. 1164-1174, Setembro, 2007.

BENEVIDES, R. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces? **Psicologia e sociedade**, v.17, n.2, p.21-25, Rio de Janeiro, 2005.

BITTENCOURT, R. A. A.; MATEUS, F. L. M. Possibilidades de atuação do psicólogo no programa Saúde da Família: a experiência de Bonito - MS. **Psicologia ciência e profissão**, v. 26, n.2, Jun. 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Mental. **Conselho Nacional de Saúde**. Brasília, 213 p., 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório do seminário internacional sobre saúde mental na atenção básica**, realizado em parceria com MS/OPAS/UFRJ/Universidade de Harvard; Mimeo, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**, Brasília, 2004.

BRASIL, IBGE. **Panorama da população de Campo Grande**, Mato Grosso do Sul, v4. n.3, Campo Grande, MS, 2017. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ms/campo-grande/panorama>. Acesso em: 11 mar. 2019

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, 2017.

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

BRASIL, Ministério da Saúde. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. **Departamento de Atenção Especializada e Temática**. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília, 2015.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia ciência e profissão**, v. 30, n. 3, p. 634-649, Set. 2010.

CAMARGO-BORGES, C.; MISHIMA, S.; MCNAMEE, S. **Da autonomia à responsabilidade relacional**: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Rev. Interinst. Psicol.*, v. 1, n. 1, p. 08-19, Juiz de fora, 2008.

CAMPOS, S. W. G. Modo de coprodução singular do Sistema Único de Saúde: impasses e perspectivas. **Saúde em debate**, v.33. n.81, p.47-55, Jan./Abr., Rio de Janeiro, 2009.

CAMPOS, S. W. G.; CUNHA, T. G. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e sociedade**, v.20, n.4, p.961-970, São Paulo, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Senhoras e senhores gestores da Saúde**: como a Psicologia pode contribuir para o avanço do SUS. 1ª edição, Brasília, CFP, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Regulação dos serviços de saúde mental no Brasil**. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **CFP manifesta repúdio à nota técnica nova saúde mental publicada pelo ministério da saúde**, Brasília, Fevereiro de 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/cfp-manifesta-repudio-a-nota-tecnica-nova-saude-mental-publicada-pelo-ministerio-da-saude/>. Acesso em: 11 mar. 2019

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, Resolução nº466, **Conselho Nacional de Saúde**, Dezembro, 2012.

CORRADI-WEBSTER, Clarissa M. **Ferramentas teórico-conceituais do discurso construcionista**. In: Carla Guanaes-Lorenzi, Murilo S. Moscheta, Clarissa M. Corradi - Webster, & Laura V. Souza (org.), *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento*, Instituto Noos, p. 73-87, Rio de Janeiro, 2014

CRUZ, C. C. M. O conceito de cuidado à saúde [Dissertação de Mestrado], **Universidade Federal da Bahia**, 153 p., Salvador, 2009.

- DIAS, X. F.; SILVA, A. C. L. Percepções dos Profissionais sobre a Atuação dos Psicólogos nas Unidades Básica de Saúde. **Psicologia ciência e profissão**, v.36, n.3, p.534-545, Uberlândia, 2016
- DIMENSTEIN, B. D. M. O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais, **Estudos de Psicologia**, v.3, n.1, p.53-81, Fundação Municipal de Saúde de Teresina, 1998.
- DOURADO, I; MEDINA, M. G.; AQUINO, R. **The effect of the Family Health Strategy on usual source of care in Brazil**: data from the 2013 National Health Survey PNS 2013, *Int J Equity Health*, v.17, n.15, 2016.
- FERNANDES, C. T.; PAIVA, D. N.; BASSOLI, A. F.; SANTOS, L. A.; LISBOA, V. A. Escuta de famílias em domicílio: ação do psicólogo na Estratégia de Saúde. **Psicologia ciência e profissão**, v. 31, n.4, p.748-761, Minas Gerais, 2011.
- FOUCAULT, M. **Problematização do sujeito: psicologia, psiquiatria e psicanálise**, Org. MOTTA, M. B., Ed. Florense, 2 ed., Rio de Janeiro, 2006
- FRANÇA, A. C. P; VIANA, B. A. Interface psicologia e Programa Saúde da Família – PSF: reflexões teóricas. **Psicologia ciência e profissão**, v.26, n.2, p.246-257, Recife, 2006.
- GERGEN, K e GERGEN, M. **Construcionismo social**: um convite ao diálogo. Rio de Janeiro, Instituto Noos, 2010.
- GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; ARAÚJO, F. C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, v.23, n. 3, p. 565-574, Rio de Janeiro, Março de 2007.
- GUANAES, Carla. **A construção da mudança em terapia de grupo**. São Paulo: Vetor, 2006. (GUANAES, 2006)
- GUIBU, I. A.; MORAES, J. C.; GUERRA J. A. A.; COSTA, E. A.; ACURCIO, F. A.; COSTA, K. S. Características principais dos usuários dos serviços de atenção primária à saúde no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, Supl 2:17s, 13p., São Paulo, 2017.
- HEIDEGGER, M. **Que é isto: a filosofia?** Ed. Duas Cidades, São Paulo, 1971
- IBÁÑEZ, T. La construcción social del socioconstruccionismo: retrospectiva y perspectivas, **Política y sociedad**, vol. 40, n.1, p. 155-160, 2003.
- IÑIGUEZ, L. Nuevos debates, nuevas ideas y nuevas prácticas em la psicología social de la era 'post-construccionista', **Athenea Digital** v.8, p.01-07, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5565/rev/athenead/v1n8.235>. Acesso em: 16 fev. 2019

INSTITUTO MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO URBANO. **População de Campo Grande: análise do censo demográfico de 2010**, 283 p., Campo Grande, 2013.

LAURENTINO, J. Considerações sobre práticas pós-modernas no trabalho em torno da desconstrução da identidade construída a partir do diagnóstico de transtorno mental. In: GRANDESSO, A. M. (org.). **Práticas colaborativas e dialógicas em distintos contextos e populações**: um diálogo entre teoria e prática, 1 ed., Ed. CRV, cap.12 p. 247-267, Curitiba, 2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e sociedade**. São Paulo, v.20, n.4, p. 867-874, Dezembro, 2011.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, C. M. A. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos), 2 ed., **Educs**, Caxias do Sul, 2005

MCNAMEE, S. **Construindo conhecimento/construindo investigação: coordenando mundos de pesquisa**. In: Carla Guanaes - Lorenzi, Murilo S. Moscheta, Clarissa M. Corradi - Webster, & Laura V. Souza (org.), **Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento**, Instituto NOOS, p.105-131, Rio de Janeiro, 2014.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo. Ed. **Hucitec**, 189 p., São Paulo, 2002.

MINAYO M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência e saúde coletiva**, v.17, n.3, p.621-626, 2012.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Ed. Vozes, 16ª ed., Petrópolis, 2000.

MISSÃO FRANCISCANA DE MATO GROSSO DO SUL. Breve Histórico do Centro de Saúde São Francisco: **Núcleo de Psicologia**, Campo Grande, 2013.

NEPOMUCENO, B. L.; BRANDÃO, R. I. Psicólogos na estratégia de saúde da família: caminhos percorridos e desafios superados. **Psicologia ciência e profissão**, v.31, n.4, p. 762-777, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE E ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE MÉDICOS DE FAMÍLIA. **Integração da saúde mental nos cuidados de saúde primários: uma perspectiva global**. Suíça, 2008.

PAIM, S. J. Desafios para a saúde coletiva no século XXI: **o objeto e a prática da saúde coletiva: o campo demanda um novo profissional?** ed. Universidade Federal da Bahia, p.99-116, Salvador, 2006.

PICHELLI, S. W. A. A.; FREIRE, S. M. F.; O psicólogo como apoiador matricial: percepções e práticas na atenção básica. **Psicologia ciência e profissão**, v.33, n.2, p.162-173. Paraíba, 2013.

PINHEIRO, R. S.; VIACAVAL, F.; TRAVASSOS, C.; BRITO, A. S. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciência e saúde coletiva, v. 7, n. 4, p.687-707, Rio de Janeiro 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE, **Sistema Municipal de Indicadores de Campo Grande**: Diretoria de Avaliação, Produção e Análise da Informação, Mato Grosso do Sul, Abril de 2019. Disponível em: <https://sites.google.com/view/sisgran-cg/mapas/mapas-temáticos>. Acesso em: 11 mar. 2019

RASERA, E. F.; GUANAES, C. O terapeuta como produtor de conhecimentos: contribuições da perspectiva construcionista social. **Rev. Nova perspectiva sistêmica**, v. 26, p. 76-85, Rio de Janeiro, Novembro de 2006.

RASERA, E.; GUANAES-LORENZI, C.; CORRADI-WEBSTER, C. Pesquisa como prática social: o pesquisador e os “outros” na produção de conhecimento. **Athenea Digital**, v.16, n.2, p.325-347, v2016. Disponível em <https://atheneadigital.net/article/viewFile/v16-n2-rasera-guanaes-corradi/1839-pdf-pt>. Acesso em: 16 fev. 2019

RECALDE, R.; CÁLCENA, S. Ninguém tem o direito de me fazer o bem sem meu consentimento: experiências, conversas e reflexões sobre saúde mental no Paraguai, **Rev. Nova perspectiva sistêmica**, v. 23, n. 48, p. 44-56, Rio de Janeiro, Abril de 2014.

RIBEIRO, L. E.; TANAKA, O.Y. Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental. **Caderno de Saúde Pública**, v.22, n.9, p. 1845-1853, Rio de Janeiro, Setembro, 2006.

SAWAIA, B. B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: Sawaia, B. B. (org.). **As artimanhas da exclusão: uma análise ético-psicossocial da desigualdade**, Ed. Vozes, p.97-118, Petrópolis, RJ, 1999.

SESAU, Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Rede Municipal de Sites e Serviços On-line de Campo Grande MS**, Campo Grande, 2019. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/centro-de-atencao-psicossocial/>. Acesso em: 26 fev. 2019

SESAU, Secretaria Municipal de Saúde Pública. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**, Campo Grande, 2017. Disponível em: <http://www.campogrande.ms.gov.br/sesau/wp-content/uploads/sites/30/2018/01/PLANO-MUNICIPAL-DE-SAUDE-2018-2021.pdf>. Acesso em: 16 fev.2019

SOARES, T. C. A vida é mais forte do que as teorias – o psicólogo nos Serviços de Atenção Primária à Saúde. **Psicologia ciência e profissão**, p. 590-601, Dezembro, 2005.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, D. P. S. N.; UCHOA, C. A.; ROCHA, M. P. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, p.100-110, Natal, 2008.

SPINK, M. J. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. **Caderno de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 300-308, Rio de Janeiro, Julho/Setembro, 1993.

SPINK, M. J; MEDRADO, B. **Produção de sentido no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas**. In: SPINK, Mary Jane (org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. Ed. Cortez, 3ª ed., Rio de Janeiro, 2004.

SPINK, M. J.; P., & SPINK, P. K. Produzir conhecimento não é um ato banal: um olhar (pós) construcionista sobre ética na pesquisa. In: Carla Guanaes-Lorenzi, Murilo S. Moscheta, Clarissa M. Corradi-Webster, & Laura V. Souza (org.), **Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento**, Instituto Noos, p. 133-149, Rio de Janeiro, 2014.

STARFIELD, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. **Unesco e Ministério da Saúde**, 726 p., Brasília, 2002.

VIEIRA, S. L. A.; SILVEIRA, P. D. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, n.1, p. 139-148, Rio de Janeiro, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, World Health Statistics 2016: monitoring health for the SDGs sustainable development goals. **World Health Organization**, p. 62-63, Geneva, 2016.

**ANEXO A - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES
HUMANOS**

APÊNDICE A – ENTREVISTA COM O COORDENADOR DO NÚCLEO DE PSICOLOGIA DA UBSF SÃO FRANCISCO

Parte I – Dados Sócio Demográficos

Código identificador

Idade:

Profissão:

Parte II – Perguntas Indutoras e Colaborativas

1. O que motivou a criação do Núcleo de Psicologia na Unidade Básica de Saúde São Francisco? Quando o mesmo foi criado? Como o Núcleo é mantido?
2. Há quanto tempo você está neste núcleo?
3. Qual é a relação/vínculo deste Núcleo com a UBSF São Francisco?
4. Quais são os serviços oferecidos neste núcleo?
5. Quantos profissionais atuam neste Núcleo? Qual o vínculo deles com a Secretaria Municipal de Saúde e com o Núcleo?
6. Quais são as práticas e ações em saúde mental promovidas neste Núcleo?
7. Você acredita que os serviços de psicologia deste Núcleo atendem as necessidades da atenção primária em saúde? E as necessidades da comunidade?
8. Aponte as possíveis dificuldades que enfrenta o Núcleo de Psicologia.
9. Gostaria de comentar algo mais sobre o Núcleo de Psicologia?

APÊNDICE B – ENTREVISTA COM O PSICÓLOGO DO NÚCLEO DE PSICOLOGIA DA UBSF SÃO FRANCISCO

Parte I – Dados Sócio Demográficos

Código identificador

Idade:

Ano de formação:

Parte II – Perguntas Indutoras e Colaborativas

1. Há quanto tempo você atua neste núcleo?
2. O que contribuiu para que você começasse a atuar neste núcleo?
3. O que te mantém neste núcleo?
4. O que você espera alcançar com o seu trabalho neste núcleo?
5. Qual é o seu tipo de prática psicológica realizada (individual ou grupal)?
6. Quais são as principais demandas que você recebe ou já recebeu?
7. Considerando esta UBSF uma Unidade de atenção primária à saúde, como você percebe a promoção da saúde mental neste local?
8. Como você percebe a relação entre a Unidade Básica de Saúde São Francisco e o Núcleo de Psicologia?
9. Qual é o seu entendimento sobre o trabalho deste núcleo de psicologia?
10. Existe algum(s) fator(es) que facilita(m) o seu trabalho neste núcleo?
11. Existe algum(s) fator(es) que dificulta(m) o seu trabalho neste núcleo? Se sim, qual?
12. Comentários à critério do participante.

APÊNDICE C - ENTREVISTA COM O USUÁRIO DO NÚCLEO DE PSICOLOGIA DA UBSF SÃO FRANCISCO

Parte I – Dados Sócio Demográficos

Naturalidade
Idade
Sexo
Estado civil
Profissão/ocupação
Bairro
Renda familiar

Parte II – Perguntas Indutoras e Colaborativas

1. Como soube do serviço realizado neste núcleo?
2. Há quanto tempo realiza acompanhamento psicológico no Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco?
3. Utiliza algum outro tipo(s) de serviço(s) no Núcleo de Psicologia?
4. Qual(is) a(s) principal(is) queixa(s) que o(a) levou a iniciar o acompanhamento psicológico?
5. Como você se sente sendo acompanhado por este serviço de psicologia?
6. O que percebeu após iniciar o acompanhamento neste núcleo?
7. Há algum(s) fator(es) que facilita(m) o seu acompanhamento? Se sim, qual(is)?
8. Você teria alguma sugestão de como melhorar o serviço do Núcleo?
9. Gostaria de fazer mais algum comentário sobre o Núcleo?

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO/TCLE

Você está sendo convidado(a) para participar de uma pesquisa, intitulada “A EXPERIÊNCIA DA PSICOLOGIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DE USUÁRIOS E PSICÓLOGOS” e precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que você tiver.

Este estudo está sendo conduzido por Marcella Naglis de Oliveira Lima, Psicóloga do Núcleo de Psicologia da Unidade Básica de Saúde São Francisco. Esta pesquisa está sendo realizada com o objetivo de conhecer o serviço do Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco, descrever as práticas psicológicas realizadas pelo Núcleo, identificar o perfil do usuário e do profissional que é atendido neste âmbito e a percepção do mesmo com relação ao atendimento psicológico realizado.

Você será entrevistado(a) com perguntas referentes à sua percepção do Núcleo de Psicologia da UBSF São Francisco. A pesquisadora fará perguntas e suas respostas serão registradas no documento de pesquisa e por meio de gravação. Mesmo depois de terminada a entrevista, caso queira desistir de participar poderá informar essa decisão para mim pessoalmente ou pelo telefone que se encontra mais abaixo.

Não existem riscos ou prejuízos na participação da pesquisa, mas, se sentir que a pergunta não é adequada, pode deixar de responder ou mesmo desistir de continuar a entrevista. Sua participação na pesquisa é voluntária e você poderá escolher não fazer parte do estudo ou pode desistir a qualquer momento, não perdendo qualquer benefício ao qual você tem direito.

Não haverá qualquer compensação financeira para os participantes que decidirem ser entrevistados. Os benefícios serão obtidos quando os resultados da pesquisa forem utilizados pelas pessoas responsáveis por este Núcleo ou até mesmo

Rubrica do Participante	Rubrica do Pesquisador
-------------------------	------------------------

pela gestão dos serviços de saúde do município, sendo estes resultados divulgados por meio de banner para a devolutiva dos participantes.

A pesquisa poderá colaborar com a melhoria na qualidade do serviço oferecido por este Núcleo de Psicologia.

Os dados da pesquisa ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora, por um período de cinco anos e ninguém, além da pesquisadora, saberá de suas respostas. Em nenhum momento você poderá ser identificado, ou seja, os dados da pesquisa são anônimos e apenas o pesquisador e você terão acesso a este documento em que consta o seu nome. Isto significa que se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo.

Para perguntas ou dúvidas referentes a pesquisa, entre em contato com a pesquisadora, Marcella Naglis de Oliveira Lima, telefone (67) 99238-3453. Para perguntas sobre seus direitos como participante no estudo pode consultar o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMS, no telefone (67) 3345-7187.

Você receberá uma via deste termo de consentimento, rubricada na primeira página e assinada na segunda, ficando a outra via com a pesquisadora.

Declaro que li e entendi este termo de consentimento, que todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e que concordo em participar desta pesquisa.

Campo Grande - MS, ____ de _____ de _____.

Nome do Participante: _____

Assinatura do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador: _____