

PSICOLOGIA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE: DEMANDA, TERRITÓRIO E INTEGRALIDADE

PSYCHOLOGY IN PRIMARY HEALTH CARE: DEMAND, TERRITORY AND INTEGRALITY

Luciene Jimenez

Universidade Bandeirante de São Paulo, São Paulo, Brasil

Resumo

O início do exercício da psicologia nos serviços brasileiros de Atenção Básica à Saúde (UBS) aconteceu na década de 1980. Na década seguinte, sob inúmeras críticas a uma prática individualizante, deu-se sua exclusão formal da Estratégia Saúde da Família, o que não impediu a realização de trabalhos. Neste artigo, o relato de uma análise da demanda no ano de 1996, realizada a partir de anamneses em grupos e do referencial da psicologia/análise institucional, revelou a importância das disputas sobre o território e do histórico das instituições na constituição da demanda de crianças e adolescentes para a saúde mental em uma UBS da periferia da grande São Paulo. O relato apresentado e a retomada formal da psicologia na Atenção Básica por meio dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (2008) apontam para o desafio de revitalizar os tradicionais instrumentos agregando-os à complexidade dos territórios e à busca pela integralidade.

Palavras-chave: psicologia; atenção básica à saúde; criança/adolescente; Sistema Único de Saúde; necessidades e demandas de serviços de saúde.

Abstract

The beginning of the psychology practices at in primary health care in Brazil took place during the 80's. Over the next decade, under considerable criticism in individualizing practice, gave up its formal exclusion of the Health Family Strategy, but that didn't avoid the performs of physiological works. In this article the report of an analysis of demand in 1996 held from anamnesis in groups and reference in psychology/ institutional analysis, shown the importance of disputes over territory and the history of institutions in the constitution of the demand for children and adolescent mental health in a UBS the suburbs in the Sao Paulo. The report submitted and the formal resumption of psychology in Primary Care through the Centers of Support for Family Health (2008) point to the challenge of revitalizing the traditional instruments and adding them to the complexity of the territories and the quest for completeness.

Keywords: psychology; primary health care; child/adolescent; single health system; health services needs and demand.

A psicologia nas equipes de atenção básica à saúde

O percurso da psicologia na atenção básica dos serviços públicos de saúde brasileiros tem seu marco inicial na década de 1980, quando uma conjunção de propostas e reivindicações apontava para a necessidade de mudanças importantes na abordagem dos problemas de saúde, enfatizando a contribuição da psicologia nas equipes multiprofissionais.

Naquele momento, a Organização Mundial de Saúde havia reconhecido a dimensão e complexidade dos problemas de saúde mental. Os princípios da Re-

forma Psiquiátrica e do Movimento Sanitário brasileiro se encontravam em franco processo de elaboração, contribuindo para a difusão de uma nova consciência sanitária a partir da integração entre mente e corpo e da inclusão das questões sociais, econômicas e culturais como parte do processo saúde-doença.

A partir dessas bases ideológicas, vários documentos foram elaborados. As AIS – Ações Integradas de Saúde – foram consideradas o “eixo de organização para uma atenção integral por meio de uma rede de serviços hierarquizados e regionalizados” (Oliveira et al., 2004, p. 74), e é possível que o resultado mais importante dessa proposta tenha sido a instalação de

um Serviço de Saúde Mental nos centros de saúde da Secretaria Estadual de São Paulo (Oliveira et al., 2004).

Em 1982, o “Programa de Reorientação Psiquiátrica e Previdenciária” objetivava a melhoria das condições de tratamento das pessoas em sofrimento mental e orientava novos princípios para as práticas em saúde mental que privilegiavam o paciente dentro de seu contexto, preferindo os atendimentos ambulatoriais às internações (Dimenstein, 1998).

A “Proposta de trabalho para Equipes Multiprofissionais em Unidades Básicas e em Ambulatório de Saúde Mental” (1983), elaborada pela Divisão Ambulatorial de Saúde Mental do Estado de São Paulo, é considerada um documento pioneiro que definiu as ações de saúde mental no nível primário (UBS) e secundário (ambulatórios), descrevendo semelhanças e diferenças entre essas instâncias. As unidades básicas como de atenção primária deveriam passar a integrar profilaxias e tratamento. Uma visão socioecológica do processo saúde doença deveria embasar as práticas nessa instância e, ao mesmo tempo, ser discutida junto à coletividade (Oliveira et al., 2004).

A adoção de uma psicologia explícita, por parte da Secretaria de Saúde, por meio de ações como a desospitalização e a extensão dos serviços de saúde mental na rede básica, atingiu diretamente a inserção de psicólogos nos serviços públicos de saúde, e, a partir de 1982, um número até então inusitado de concursos e contratações foi realizado (Dimenstein, 1998; Spink, 2009).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a I Conferência Nacional de Saúde Mental, em 1987, reforçaram os mesmos ideais, acrescentando a urgência de se reformular o currículo dos profissionais de saúde, adaptando-os à nova realidade do trabalho em equipes multiprofissionais e para o desafio de reverter um modelo assistencial organicista e medicalizante.

Em 1987, as AIS foram substituídas pelo SUDS (Sistema Único e Descentralizado de Saúde), que contemplava os mesmos princípios, mas reforçava a importância da descentralização através da estadualização ou municipalização. Um ano depois, em 1988, foi aprovado na nova Constituição o SUS (Sistema Único de Saúde).

No entanto, um dispositivo legal que apontasse claramente diretrizes para as ações de saúde mental na Atenção Básica aconteceu somente no contexto que sucede a Lei Orgânica da Saúde (1990), em 1992, por meio da Portaria 224 que definiu normas para a atenção em saúde mental nos diferentes níveis de atenção à saúde: Centros de Saúde, ambulatórios, hospitais etc. “Trata-se de um marco legal em termos das ações de saúde mental na atenção básica: o atendimento ambulatorial de demandas em saúde mental também deveria ocorrer nas UBS” (Vecchia & Martins, 2009, p. 154).

Todas as direções apontavam a necessidade de atentar com relação às especificidades de cada território, a integração entre práticas assistenciais e preventivas, a participação social e a multidisciplinaridade. Uma discussão acerca desses pressupostos e suas implicações para as práticas psicológicas parece não ter acontecido, ou pelo menos não envolveu expressivamente o trabalho cotidiano desses profissionais. Em 1991, uma pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo identificava que as atividades psicológicas de maior frequência nas UBS eram: a psicoterapia de adulto, o psicodiagnóstico, a ludoterapia, a orientação a gestantes e hipertensos; sendo a psicanálise a orientação teórica mais presente (Jackson & Cavallari, 1991). A formação acadêmica e o interesse de muitos desses profissionais pareciam estar voltados para o modelo da clínica tradicional¹, ainda que dentro da área da saúde pública (Dimenstein, 1998).

A partir de então, o trabalho do psicólogo esteve sujeito a críticas e questionamentos, já que se avaliava que os objetivos prioritários pautados pelo SUS não estavam sendo contemplados. Identificado como um trabalho que não apresentava grande significado social, era frequentemente reconhecido como uma atividade de luxo, pois destinado “a uma pequena minoria de população – impregnado de forte conteúdo ideológico individualista e despreocupado com os problemas sociais” (Dimenstein, 1998, p. 67).

Para diversos autores (Campos, 2008; Dimenstein, 1998; Hoenisch, 2001-2004; Oliveira et al., 2004; Oliveira, Silva, & Yamamoto, 2007), é possível identificar uma série de problemas e insucessos no trabalho do psicólogo nas UBS, tais como: a ênfase na abordagem clínica tradicional, o distanciamento entre a prática psicológica e os pressupostos do SUS, o distanciamento cultural entre o profissional e a demanda, a dificuldade de trabalho em equipe, a falta de adesão dos pacientes aos programas elaborados, entre outros. Embora a presença dos psicólogos nas UBS fosse relativamente recente, avaliava-se que, de modo geral, a psicologia desenvolvida nesses espaços não havia conseguido evoluir para um corpo teórico consistente que permitisse o trânsito entre o *setting* terapêutico e as preocupações pautadas pelos movimentos sociais de saúde (Oliveira et al., 2004).

No entanto, os entraves apontados não são exclusivos do exercício da psicologia. A fragmentação dos processos de trabalho, a fragmentação das relações entre as diferentes formações e profissionais, a fragmentação da própria rede de assistência, a predominância do modelo de atenção centrado na relação queixa-consulta e a precária formação das diversas categorias profissionais, geralmente distantes do debate e da formulação da política de saúde, são alguns

dos problemas extensivos às diversas áreas da saúde pública brasileira (Dimenstein, 2006).

Sob influência do modelo econômico vigente, as práticas da saúde pública – não apenas as práticas psicológicas – foram sendo configuradas à lógica de um mercado, em que impera o consumo de medicamentos, procedimentos e consultas. Apesar de todos os esforços, “as marcas de um modelo intervencionista, segmentado e assistencialista permaneceram na base das ações do SUS” (Oliveira et al., 2007, p. 7), e a prática psicológica nas Unidades Básicas de Saúde tendeu a se constituir como parte desse contexto.

Não obstante, muitas vezes os concursos estiveram baseados nos pressupostos organicistas e nos conhecimentos parciais das abordagens tradicionais: “Recentemente, a bibliografia de um concurso (para psicólogos) para uma cidade da grande Porto Alegre consistiu basicamente em manuais de Psiquiatria e do DSM IV” (Hoenisch, 2001-2004, p. 31). Observa-se uma cisão importante entre aquilo que é proposto por aqueles que idealizaram o novo sistema de saúde e quem são as pessoas selecionadas para levar a cabo a tarefa.

Em 1993, a criação do Programa “Saúde da Família” (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), sequencial aos bem-sucedidos Programas “Médico da Família” e “Agentes Comunitários de Saúde” (PACS), excluiu a psicologia da equipe mínima, constituída por: médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes de saúde (ACS), estes últimos moradores na própria comunidade.

Existem importantes pontos de convergência entre a proposta da ESF e o modelo que orienta a Reforma Psiquiátrica. Em primeiro lugar, o objeto a ser abordado deixa de ser a doença, abarcando os fatores sociais, culturais, políticos e econômicos como determinantes do processo de adoecimento. Consequentemente, os meios de trabalho migram das práticas predominantemente medicamentosas para o sujeito como agente fundamental do tratamento, juntamente com a família e a comunidade. A complexidade da situação a ser abordada solicita a participação de diferentes agentes, profissionais e saberes, devendo contar com uma equipe interprofissional e ações intersetoriais em permanente diálogo com o saber popular e escuta ampliada para o território. E, por fim, o resultado esperado deixa de ser a “cura”, enquanto remissão de sintomas e adaptabilidade submissa às normas, para uma ética do cuidado que respeite e valorize os aspectos subjetivos da existência humana (Lancetti & Amarante, 2006; Nunes, Jucá, & Valentim, 2007).

A Estratégia Saúde da Família passou, portanto, a ocupar um lugar expressivo na articulação da rede de saúde mental no processo de superação do modelo asilar (Oliveira et al., 2007), e a exclusão da psicologia desta instância foi tema de controvérsias e questionamentos

por parte de profissionais e Conselhos. Em entrevista ao Conselho Regional de Psicologia da 6ª Região (CRP 06), no ano de 2006, o então diretor do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, Luís Rolim Sampaio, admitiu a existência de uma importante interface entre a Saúde da Família e a Saúde Mental, mas esta se daria nos serviços substitutivos de Saúde Mental, incluindo, dessa forma, o psicólogo na retaguarda do trabalho das equipes de Saúde da Família (CRP 06, 2006).

Somente em 2008, 15 anos depois, quando o Ministério da Saúde instituiu os NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família –, por meio da Portaria nº 154, a psicologia retornou oficialmente como profissão reconhecida na Atenção Básica. Visando mais uma vez à integralidade como diretriz, a Portaria prevê um profissional de saúde mental em cada núcleo como condicional ao seu funcionamento devido à “magnitude epidemiológica dos transtornos mentais” (Ministério da Saúde, 2008, parágrafo 1º, Portaria nº 154). Sabe-se que há uma grande área de conhecimento e ação que pode ser caracterizada como saúde mental, inclusive pelo caráter inter e transdisciplinar que lhe é intrínseco. A antropologia, a fonoaudiologia, a terapia ocupacional, a sociologia, a enfermagem, entre outras, podem ser consideradas saúde mental (Lancetti & Amarante, 2006), no entanto, como a Portaria não especifica a formação, leva a supor que sejam a psicologia e/ou a psiquiatria.

Os NASF devem se constituir em equipes multiprofissionais que atuem em parceria e apoiem as equipes de Saúde da Família, compartilhando as práticas em saúde nos territórios. Para os NASF 1, destinados aos municípios com população acima de 10 habitantes/km², espera-se, para cada núcleo, no mínimo cinco profissionais de nível superior de formações não coincidentes, entre as quais diversas especialidades médicas (acupuntura, ginecologia, homeopatia, pediatria, psiquiatria), assistente social, professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista, psicólogo e terapeuta educacional.

Cada NASF 1 deve estar vinculado a entre 5 e 20 equipes. Isso equivale dizer que cada psicólogo inserido em uma equipe do NASF 1 fará, em *média*: o apoio de 13 equipes de ESF, sendo corresponsável por aproximadamente 48/50 mil pessoas ou 8/10 mil famílias.

Ao mesmo tempo em que o NASF surge como uma novidade na forma de organizar a atenção à Saúde Mental na Atenção Básica, ele parece ter sido gestado no bojo de diferentes experiências de abordagem em Saúde Mental ocorridas no Brasil durante os anos de implantação da ESF, quando a psicologia esteve formalmente excluída dessa instância.

Na cidade de São Paulo, o Projeto Qualis, coordenado por Antonio Lancetti, buscou produzir encontros entre as equipes de saúde mental e as equipes de saúde

da família. Referenciado como um modelo, sua metodologia previa equipes volantes de saúde mental que circulassem pelos diferentes territórios/comunidades e abordassem no domicílio, juntamente com os agentes comunitários e demais profissionais da ESF, os casos identificados por eles (Lancetti, 2001).

Em Campinas, desde 2001, os trabalhadores da Saúde Mental da Atenção Básica passaram por um processo de reorganização para realizar apoio matricial para as equipes da ESF (que nesse município foram ampliadas e contavam também com ginecologista, pediatra e um profissional de saúde mental) em uma proporção de um trabalhador de Saúde Mental para cada duas equipes (Sombini, 2009). O apoio matricial ou matriciamento foi inicialmente formulado por Gastão W. Campos e funciona como um importante dispositivo voltado para propiciar momentos de encontros entre as equipes que trabalham em diferentes níveis de atenção, valorizando as trocas de saberes entre especialistas de diferentes áreas e generalistas, com o intuito de garantir corresponsabilização e a integralidade da atenção em todo o Sistema de Saúde (Campos, 2008).

Ao se instituir o NASF como o espaço de trabalho do psicólogo na Atenção Básica, supõe-se que esses profissionais devam construir, conjuntamente com as equipes, respostas eficientes para as mais variadas demandas de saúde mental existentes naquele território: coletivas, individuais, familiares, escolares, institucionais etc. As abordagens em domicílio por meio de equipes volantes e o matriciamento são importantes ferramentas de cuidado para com os sujeitos e seus familiares, podendo ainda ser aliadas ao olhar criterioso e analítico para com a demanda, enquanto expressão subjetiva de sofrimento de uma dada coletividade.

Por que se preocupar com a demanda?

Pela teoria dos sistemas de saúde, a atenção básica deve se responsabilizar por 80% dos problemas de saúde de sua população no âmbito individual e coletivo, por meio da promoção e proteção da saúde, da prevenção de agravos, do diagnóstico, do tratamento e da reabilitação, sendo que 95% devem ser resolvidos nessa mesma instância (Ministério da Saúde, 2006), e uma quantidade expressiva apresenta alguma questão relacionada ao sofrimento mental.

Sabe-se que as frequentes demandas envolvendo queixas emocionais ou somáticas estão relacionadas a diversos fatores, tais como: o baixo nível socioeconômico – fator internacionalmente reconhecido como de suma importância –, à subjetividade contemporânea e seu imediatismo inerente, passando ainda pela maneira como estão organizados os serviços e pela capacitação dos profissionais. No entanto, não existem índices

seguros referentes a estes transtornos; sabe-se que: “a acumulação de muitos fatores negativos ocorrendo simultaneamente contribui mais para o aparecimento de problemas mentais que a presença de fatores de estresse isolados, independente de sua magnitude” (Bordin & Paula, 2007, citados por Campos, 2008, p. 222).

A situação se torna ainda mais complexa quando remete à demanda de crianças e adolescentes, pois os conhecimentos a respeito do sofrimento mental nesses grupos são mais escassos e imprecisos do que entre adultos. A Organização Mundial de Saúde reconhece que 20% dessa população necessita de cuidados em Saúde Mental (World Health Organization, 2005), enquanto o Ministério da Saúde brasileiro estima entre 10% a 20%, sendo que, destes, 3% a 4% necessitam de tratamento intensivo (Ministério da Saúde, 2005). Em uma revisão da literatura que incluiu trabalhos realizados a partir de 1980 em mais de vinte países, na faixa etária de um a dezoito anos, foram encontradas taxas de prevalência global de transtornos mentais que variaram de 1,0% a 51,0% (média de 15,8%) (Tanaka & Ribeiro, 2009).

A imensa variação encontrada nas taxas de prevalência para transtornos mentais na infância e na adolescência pode estar relacionada aos diferentes contextos sociais e econômicos nos quais foram realizadas as pesquisas, já que, segundo Campos (2008), um fator importante a se considerar com relação às populações infanto-juvenis, é que as adversidades duradouras e repetidas são muito prejudiciais ao desenvolvimento infantil.

No Brasil, as solicitações para atendimento psicológico de crianças e adolescentes na atenção básica à saúde têm estado mais voltadas para os problemas relacionados à educação do que a saúde: “50 a 70% das crianças e adolescentes encaminhados aos serviços públicos de saúde têm como queixa dificuldades de aprendizagem ou problemas de comportamento” (Cabral & Sawaya, 2001, p. 143).

Essa demanda tem sido interpretada a partir de diferentes compreensões que incluem desde supostos problemas orgânicos (desnutrição, dislexia, Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade – TDAH etc.), familiares (violência, pobreza), passando pela formação do psicólogo que tende a patologizar e diagnosticar, incluindo a dinâmica intraescolar como possível produtora dos sintomas de crianças e adolescentes, devido aos materiais didáticos distantes da realidade dos alunos, a empobrecida relação professor-aluno, a falta de regras claras da própria escola e assim por diante (Cabral & Sawaya, 2001; Silva, 1994; Yamamoto et al., 1990).

Os fatores elencados são suficientes para justificar por que se preocupar com a demanda de crianças e adolescentes nos serviços de saúde mental da atenção básica: (a) ela é numerosa e pouco clara desde o ponto de vista nosológico, (b) parece estar mais relacionada

a fatores socioeconômicos e institucionais do que a questões de ordem individual e, além disso, (c) espera-se que a abordagem realizada nessa instância responda satisfatoriamente a expressiva maioria dos casos.

Além desses motivos, o conhecimento acerca da demanda ainda é um recurso privilegiado para o exercício da integralidade, um dos mais caros princípios do SUS (Mattos, 2001). A integralidade é um conceito complexo e polissêmico, que, resumidamente, propõe a importância de se conhecer as reais necessidades de saúde de uma dada coletividade (prevenção e promoção), sem diminuição da quantidade, ou da qualidade dos atendimentos clínicos (assistência). Supõe, portanto, a produção do cuidado para com cada sujeito em particular que busca o serviço de saúde, o respeito às singularidades, a construção de um vínculo de confiança e, ao mesmo tempo, o cuidado também para com aquele determinado coletivo em um tempo datado: “Olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas” (Dimenstein, 2006, pp. 10-11).

Pinheiro (2001) considera o estudo entre a oferta e a demanda a mais expressiva ferramenta para se atingir a integralidade, pois desvela a permanente interação dos atores em planos distintos de atenção à saúde (atenção individual e plano sistêmico), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos devem ser considerados. Para a autora, nem sempre as solicitações mais comuns explicitamente endereçadas correspondem aos problemas de saúde mais expressivos daquela comunidade, ou às pessoas que mais necessitam dos serviços, já que inúmeros fatores podem interferir, inclusive, a própria forma de organização dos serviços de saúde.

Barembliitt (2002) entende a “análise da demanda” enquanto um deciframento que se faz do pedido de intervenção, buscando ampliar a compreensão para além da solicitação ou queixa explicitada, considerando os códigos e representações que abarcam e, ao mesmo tempo, transcendem as queixas ou diagnósticos individuais.

A demanda é um problema para o psicólogo que trabalha na atenção básica à saúde, para o qual não existem respostas, métodos ou técnicas *prêt-à-porter* que atendam as necessidades de todas as comunidades em qualquer tempo. Existem, contudo, recursos que, agregando instrumentos da clínica com as contribuições das abordagens social e institucional, podem ampliar o olhar, a escuta e, conseqüentemente, as possibilidades de intervenção.

Análise da demanda

O estudo apresentado a seguir tem como objetivo descrever uma possibilidade de abordagem da demanda de crianças e adolescentes para saúde mental desen-

volvida pela equipe de Saúde Mental de um serviço de Atenção Básica à Saúde (UBS) localizado na região metropolitana da grande São Paulo entre os anos de 1994 a 1996. Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, participante e *ex-post facto*.

A pesquisa qualitativa está associada à pesquisa social e é compreendida como aquela capaz de incorporar a questão da intencionalidade e dos significados como inerentes às relações e implica considerar o sujeito de estudo em um dado contexto, com suas crenças, valores, contraditório e inacabado (Minayo, citada em Jimenez, 2002).

Uma pesquisa qualitativa descritiva tem como objetivo principal descrever as características de determinada população ou fenômeno, tendo entre suas principais técnicas a observação sistemática e o estudo das características de um determinado grupo: distribuição por idade, sexo, nível de escolaridade, procedência etc., objetivando-se descobrir a associação entre variáveis (Gil, 2002). Considerando que uma descrição se dá sempre desde o ponto de vista de quem observa o fenômeno, se faz importante explicitar o referencial teórico utilizado como vértice.

No estudo em questão, partiu-se do pressuposto de que os sujeitos que demandam os cuidados da saúde mental são constituídos historicamente, colocando-se em suspensão os referenciais da clínica clássica ou tradicional que priorizam a compreensão do sujeito individualizado. O referencial teórico adotado remete aos processos de constituição da subjetividade na obra de Foucault, já que a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si mesmo, na qual ele se relaciona consigo e se identifica como enfermo ou saudável, não se dá sobre o fundo de uma identidade psicológica, mas por meio das práticas que podem ser de poder ou de conhecimento presentes na cultura e na sociedade (Foucault, 2006).

Além de descritivo, este estudo se propõe participante, marcado, portanto, “pela interação entre pesquisadores e membros das situações investigadas” (Gil, 2002, p. 55). A pesquisa participante rompe com o tradicional paradigma que separa o cotidiano do objeto de pesquisa, tanto quanto o pesquisador do seu tema de interesse, secundarizando a preocupação com a suposta “neutralidade científica”. Uma pesquisa participante exige o rompimento com o paradigma da ciência neutra e informa que o pesquisador faz parte da pesquisa de modo intrínseco. Essa situação é desafiadora, uma vez que a construção de ciência ainda tem forte relação com a crença de que é possível ao pesquisador manter-se objetivamente separado daquilo que observa e descreve, visando à generalização dos eventos, à previsão e ao controle sobre os mesmos (Guerriero, 2006).

Para Guerriero (2006), a distinção entre trabalho e pesquisa reside no fato de que o trabalho técnico tende

a se sustentar na ação e na discussão sobre as diretrizes dessas ações, sem a intenção de produzir conhecimento, enquanto a pesquisa se sustenta justamente no pilar oposto: a aplicação ou uso de instrumentos voltados para a produção do saber.

A pesquisa participante realizada por um profissional técnico no desempenho de suas atribuições oportuniza a aproximação entre o objetivo do trabalho técnico – o fazer – com o objetivo da pesquisa – produzir conhecimento. No entanto, essa aproximação entre “saber” e “fazer” contraria o processo histórico que fundamentou os subsídios para a construção e manutenção do sistema econômico vigente. A obra *Os princípios da administração científica* (Taylor, 1911/1995) foi marco do taylorismo no mundo capitalista e propunha um modelo de trabalho ao qual Taylor chamou de “científico” justamente porque se fundamentava na separação radical entre o saber e o fazer, entre a concepção e a execução (Jimenez & Lefèvre, 2004). A forte crença de que a ciência deve estar separada do fazer cotidiano e que o espaço de trabalho não pode se constituir como objeto de pesquisa do próprio trabalhador ainda encontra ecos nos dias atuais, e a realização de pesquisas no ambiente de trabalho pode provocar resistências de diferentes ordens, chegando mesmo a inviabilizar o processo.

Não obstante, trata-se de um trabalho *ex-post facto*, ou seja, a partir de um fato ocorrido no passado, utilizando como recursos os registros da pesquisadora realizados na época.

Relato de experiência

Entre os anos de 1994 e 1996, o trabalho realizado pela equipe de Saúde Mental (psicóloga, fonoaudióloga e assistente social) de uma Unidade Básica de Saúde situada na região metropolitana da Grande São Paulo tinha como desafio o atendimento de 120 crianças e adolescentes com idade entre 2 e 17 anos (em uma média de 3:1 para o sexo masculino), que aguardavam por atendimento no serviço de saúde mental. A partir dessa fila de espera iniciou-se um estudo ou análise referente a essa demanda.

Foram utilizados dois instrumentos tradicionais da psicologia clínica: a abordagem em grupos e a anamnese.

A anamnese é uma ferramenta rica da clínica psicológica tradicional com crianças sobre a qual existe vasta bibliografia. Resumidamente, tem o objetivo de conhecer com a maior riqueza de dados e sentimentos possível a história daquela criança, indo além das questões que envolvem a queixa ou o sintoma, atentando para todo o desenvolvimento da criança e da família desde o ponto de vista orgânico, psicológico e sistêmico. A anamnese, portanto, deve incluir questões como

a migração, a presença de outras culturas, valores e crenças, os modos de subsistência, as formas de lazer, compreendendo o desenvolvimento da criança ou do adolescente de forma contextualizada na dinâmica familiar e no plano social.

A abordagem por meio de grupos é também um instrumento muito conhecido dos psicólogos, abarcando um amplo leque de técnicas e teorias. No contexto deste trabalho, esse recurso teve como objetivo catalisar as experiências subjetivas por meio da identificação entre os pares, facilitando o rememorar das histórias das crianças e das famílias. A estratégia utilizada foi a interdisciplinaridade, havendo a participação concomitante dos três profissionais durante os encontros em grupo. Cada profissional buscava abordar os históricos apresentados, as queixas e as expectativas dos familiares desde o ponto de vista de sua formação profissional, ampliando a escuta e as possibilidades de compreensão.

Foram realizados grupos com as mães e com as crianças separadamente, porém sempre na presença dos três profissionais. A equipe compreendia as diferentes formações (psicologia, fonoaudiologia, serviço social) como núcleos de conhecimentos e práticas que deveriam interseccionar entre si, tendo como finalidade última o campo mais amplo da saúde pública. Para Campos (2000), núcleo é uma aglutinação de conhecimentos que demarca a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscam em outras o apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas (Campos, 2000). Ou seja, cada profissional procurava colocar os seus saberes a serviço da resolução de um mesmo problema de saúde: a demanda de crianças e adolescentes para saúde mental buscando nas especificidades das formações instrumentos para realizar a tarefa.

Nesta configuração interdisciplinar, coube ao psicólogo atentar para as subjetividades que atravessavam:

1 – as relações na sala, entre mães e destas com os profissionais,

2 – atualizar os relatos sobre o funcionamento interno das famílias (quem provê, quem cuida, como se dão as distribuições de tarefa, qual o lugar ocupado por aquela criança: o de cuidadora, de bebê, continuação da mãe, etc.),

3 – da família e da criança com a comunidade e com as instituições, inclusive religiosas ou informais, tais como o tráfico de drogas, fortemente presente naquele território, buscando esclarecer a dinâmica presente nos diversos planos de vida dos sujeitos em questão, indo além da queixa ou do diagnóstico de uma possível patologia.

O instrumento utilizado foi um roteiro único e semi estruturado construído conjuntamente pelos pro-

fissionais a partir do qual se pedia para que os familiares (geralmente mães) contassem a respeito do percurso de vida dos seus filhos e da família, bem como, da atual configuração familiar, formas de trabalho, espaços de lazer, preocupações, alegrias etc.

Os dados e as discussões realizadas entre os técnicos após o término desses encontros mostraram certa hegemonia entre as crianças e adolescentes que aguardavam na fila de espera. Alguns casos se destacaram devido a suspeitas de déficit visual ou auditivo, paralisia cerebral, distúrbio global do desenvolvimento, entre outros, demandando acompanhamento clínico na própria UBS (psicológico e/ou fonoaudiológico) e alguns também, acompanhamento em serviços de referência.

Excetuando tais casos que constituíam a minoria, os demais apresentavam certa similaridade, sendo que a única discrepância era expressiva e apontava em direção a uma escola: dentre as cinco Escolas Estaduais da região, em uma única estava concentrada metade da demanda. As queixas não diferiam daquelas apresentadas pelas crianças estudantes de outras escolas. No entanto, nessa instituição em particular, parecia haver uma expressiva concentração de crianças “problemáticas”.

Ao se buscar resgatar o histórico dessa instituição junto aos profissionais da UBS que eram também antigos moradores do bairro, emergiu de forma bastante enfática e comovente um relato sobre um evento ocorrido no ano de 1991: uma área de ocupação popular foi desocupada por meio de uma intervenção da Polícia Militar. Após um violento confronto entre os policiais e a população ali residente, os moradores desalojados foram abrigados na referida escola, que ficava em frente à Vila. Ali permaneceram em situação de acampamento durante todo o ano, inviabilizando as atividades letivas. Esse confronto, ocorrido já há cinco anos, ainda marcava sensivelmente os profissionais mais antigos da UBS e fazia com que o nome da escola em questão fosse imediatamente relacionado a tal evento.

Nesse momento, a interpretação e compreensão da situação solicitaram subsídios teóricos da psicologia institucional (Bleger, 1984) e da análise institucional (Guilhon de Albuquerque, 1978). Para Guilhon de Albuquerque (1978), a instituição concreta é um conjunto de práticas que tendem a se reproduzir e legitimar, portanto, ela não poderá existir (a) sem um objeto sobre o qual reivindica propriedade – no caso da escola, o objeto é a relação pedagógica –, (b) sem a prática cotidiana dos atores concretos e (c) sem a relação entre os agentes institucionais e a clientela.

A escola em questão havia sofrido uma ruptura abrupta e prolongada que atingiu todas as instâncias que a caracterizavam como uma instituição. O objeto institucional – relação pedagógica – foi destituído e substituído pelo objetivo de abrigar as pessoas por tempo indeter-

minado, os agentes institucionais foram impedidos de exercer suas atividades, e a relação entre eles e a clientela (alunos e pais) foi transfigurada, inclusive pelo fato de que entre os abrigados havia alunos da própria escola.

Bleger (1984) ressalta a importância de o psicólogo sair do seu gabinete e conhecer a realidade, enfatizando essa postura como parte do trabalho *clínico*. Para o autor, o psicólogo clínico trabalhando em uma instituição pode ser definido como “o técnico da explicitação do implícito”, e este trabalho, o de desvelar o conteúdo latente presente nas relações humanas, só será possível se, ao mesmo tempo, o profissional assumir a postura de investigador.

O trabalho da equipe de saúde mental da UBS não tinha como prosseguir sem a participação dos profissionais da escola em questão; para tanto, foram solicitadas reuniões periódicas que aconteceram na Escola no decorrer do ano de 1996.

A intersectorialidade tem sido pautada como um recurso imprescindível para, juntamente com a interdisciplinaridade, abordar as questões referentes à saúde pública. Neste sentido, as intervenções da equipe (novamente estavam presentes às reuniões os três profissionais) não tiveram como objetivo primeiro agenciar, conduzir, explicar, matriciar, orientar ou interferir diretamente, seja cada caso em particular ou na demanda como um todo. Ainda que eventualmente tais situações se apresentassem, o objetivo da equipe era o de permitir que conteúdos recalçados e subjetivos inerentes ao histórico daquela instituição pudessem ser explicitados e elaborados.

O episódio referente à desocupação da Vila não surgiu espontaneamente. Um dos grandes entraves encontrados no desenvolvimento do trabalho intersectorial da equipe de saúde mental junto aos educadores foi a presença do processo de medicalização e psicologização presente na sociedade contemporânea que se manifestava por meio da solicitação de diagnósticos, medicamentos, relatos de situações que tinham por objetivo comprovar supostas patologias, ou histórias familiares que tendiam a responsabilizar pais e mães pelas dificuldades escolares das crianças. Diante de tais solicitações ou críticas por parte do corpo docente, buscava-se retomar o foco sobre a própria dinâmica da instituição escolar, cujos limites, assim como os das crianças, também não apareciam de forma clara, ou mesmo, chamando atenção sobre a dinâmica presente no território da escola. Como medicar uma criança diagnosticando-a de hiperativa e sem limites quando sua convivência diária se dava junto aos traficantes, vivenciando cotidianamente situações de tensão, correrias e falta de limites do próprio contexto social?

Foram necessários vários encontros voltados para desconstruir a demanda por medicalização, após os

quais, considerando que o histórico referente a Vila não surgiria espontaneamente, questionou-se diretamente a respeito do ano em que a escola teve suas atividades suspensas devido ao conflito ocorrido na Vila. Houve uma reação catártica. Os profissionais remanescentes daquele tempo se mostraram indignados e desrespeitados pelo ocorrido, fazendo relatos contundentes que incluíam o fato de, durante todo o ano em que as aulas estiveram suspensas, o corpo docente/administrativo ter sido obrigado a comparecer na Escola cotidianamente para registrar presença. E, no ano seguinte, as aulas foram retomadas como se nada tivesse acontecido.

O psicólogo, neste caso, “comparece mais como um agente catalisador e coadjuvante de um processo que tem como protagonista maior o próprio coletivo local” (Neto, 2008, p. 65). O tema da agressividade, da falta de limites, da dificuldade de relacionamento e aprendizagem deslizou dos “alunos problemas” para a violência social e estrutural que atingiu a instituição. Foram necessários mais alguns encontros junto aos professores para reconstruir os limites da instituição que, por haver funcionado durante todo um ano como abrigo, ainda trazia embutido no seu cotidiano, o ranço de ter que ser uma casa, de abrigar, de cuidar, de alimentar ao invés de construir conhecimento. Aos poucos, os educadores resgataram a função institucional, a relação pedagógica, a possibilidade de estabelecer limites coerentes e estáveis, proporcionando um esvaziamento na demanda de crianças e adolescentes para atendimento clínico.

Considerando que a instituição é uma autocriação da sociedade e, como tal, tende a reproduzir ainda que em síntese os mecanismos mais gerais de funcionamento das relações entre sociedade e Estado (Pinheiro, 2001), há um risco muito grande de, ao generalizar a compreensão clínica tradicional individualizante para toda a demanda por meio de diagnósticos psicológicos ou psiquiátricos, o psicólogo se colocar como extensão de um Estado que oprime e violenta seus cidadãos a pretexto de cuidar bem deles. O não reconhecimento da dimensão social da demanda promove a patologização dos indivíduos colocando o trabalho psicológico a serviço da manutenção da desigualdade, da injustiça e da reprodução da violência.

Desfaz-se o mito de que a atenção básica à saúde é uma instância de menor complexidade porque solicita procedimentos tecnológicos menos sofisticados. Para a psicologia, sendo a atenção básica a porta de entrada para todos os demais serviços de saúde, esse é o espaço onde os problemas sociais, institucionais e econômicos podem se presentificar sob o emblema de sofrimento mental individual ou familiar. A possibilidade sempre presente deste deslizamento exige altíssima competência técnica, que solicita integração entre recursos oriundos das abordagens clínicas tradicionais, com

investigação permanente, trabalho em equipe e sensibilidade para com o histórico das comunidades, incluindo as formas de ocupação do território e a constituição dos agrupamentos e das instituições com suas alteridades culturais e socioeconômicas.

O conceito de território e a noção de territorialidade devem nortear as reflexões e ganhar importância nas abordagens voltadas para as práticas de saúde mental na atenção básica, devendo ainda se constituir como campo de conhecimento em torno do qual se aglutinam os saberes das diferentes áreas.

Para Milton Santos (1985), a formação do território é algo externo ao próprio território e será a periodização histórica que definirá suas configurações econômicas, políticas e sociais.

O que nos interessa é o fato de que cada momento histórico, cada elemento muda seu papel e a sua posição no sistema temporal e no sistema espacial e, a cada momento, o valor de cada qual deve ser tomado da sua relação com os demais elementos e com o todo. (Santos, 1985, p. 09)

O eixo do território, compreendido enquanto espaço político, heterogêneo e aglutinador de processos físicos e imateriais, redes, rugosidades, tempo, emoções, intencionalidades, disputas, paisagem e história em pulsante transformação, deve orientar o olhar das diferentes disciplinas para com os sujeitos em sofrimento mental e suas idiosincrasias. O saber psicológico acumulado sobre o funcionamento psíquico, os conhecimentos da psiquiatria, a administração de fármacos não podem ser ações dissociadas da vida cotidiana, da dimensão política, devendo convergir em direção às possibilidades de leitura realizadas a partir de um determinado território em um tempo datado, com toda a complexidade que esta operação sugere.

Considerações

Os sujeitos individuais e familiares são tão autônomos quanto submetidos ao mundo em que vivem, os contextos sociais e culturais promovem expressões de saúde e de adoecimento, o processo de adoecer é também coletivo, portanto, a abordagem psicológica na atenção básica deve incluir subsídios sensíveis à percepção e compreensão dos movimentos das coletividades e das instituições que abarcam e, ao mesmo tempo, extrapolam as individualidades.

Neste trabalho, relatou-se uma análise da demanda de crianças e adolescentes para a saúde mental, realizada em 1996, em uma UBS da periferia da grande São Paulo. Sem pretender esgotar as possibilidades de intervenção psicológica no território, mas antes exemplificando uma situação na qual a demanda explícita de

crianças e adolescentes para saúde mental revelou-se diretamente articulada com o histórico da ocupação dos territórios, com as disputas de poder sobre estes espaços comunitários e com a dinâmica de uma instituição escolar. Apontando ainda que a intervenção decorrente por meio do histórico daquela comunidade a partir dos agentes institucionais da escola desvelou a indissociabilidade entre as ações de assistência e de prevenção, mostrando o estudo da demanda enquanto um eficiente exercício da prática integral, do desenvolvimento de ações territorializadas, interdisciplinares e intersetoriais.

A prática integral implica a compreensão de que assistência e prevenção são frente e verso da mesma abordagem, cara e coroa da mesma moeda que, quando dissociadas, fragmentam as ações de saúde reincidindo no velho e criticado modelo que separa o orgânico do contexto social, e deve constituir para os profissionais um desafio cotidiano e crítico.

O relato aqui apresentado contraria as críticas que solicitam aos repertórios clássicos da psicologia uma série de enfrentamentos para melhor se adequar ao campo da saúde pública. Pelo contrário, exemplificam a contribuição dos instrumentos tradicionais da psicologia na ampliação da compreensão das subjetividades para além das individualidades e na aplicação dos princípios do SUS. Portanto, as críticas que, a partir da década de 1990, têm atingido fortemente a prática da psicologia clínica nos serviços de atenção básica à saúde seriam mais bem endereçadas se dirigidas a qualquer prática clínica (médica, psicológica, odontológica etc.) que se faça de modo fragmentado e distante da realidade dos sujeitos.

Há, no entanto, três grandes desafios a serem superados: o trabalho interdisciplinar, as ações intersetoriais, e o desenvolvimento de instrumentos ou técnicas voltados para o território.

A interdisciplinaridade se faz imprescindível para o trabalho em saúde pública ou coletiva, os profissionais precisam se dispor a construir alternativas conjuntamente, colocando as especificidades de suas respectivas formações a serviço do mesmo problema de saúde, e aceitar que as formações específicas não possuem recursos para fazer tal enfrentamento solitariamente.

A abordagem interdisciplinar, possivelmente dobrará em ações que irão solicitar a intersetorialidade, proposta em diversos documentos nacionais como o SUS e o SUAS, na prática, é ainda um exercício de ousadia por parte de técnicos e gestores.

Por fim, o território

A inserção da psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) por um lado resgatou a importância deste campo de saber para as ações na atenção básica à saúde, porém, por outro lado, a tarefa

solicitada ao psicólogo é abordar o cuidado às pessoas em situação de sofrimento mental não apenas a partir do referencial individual e/ou familiar, mas incluindo também, a aproximação permanente com as histórias dos territórios e com a decifração dos códigos inscritos nestes espaços vivos e carregados de afetos que interferem diretamente na produção de subjetividades, e, portanto, nos processos de saúde e adoecimento.

Para algumas situações será necessário construir planos terapêuticos singulares (PTS) também para os territórios ou para as instituições, promovendo a reabilitação social não apenas de indivíduos ou famílias, mas de comunidades. Para tanto, é premente a participação de *todos* os equipamentos *territorializados* – PSF, NASF e CAPS, entre outros – na construção de um repertório integrado de informações e saberes sobre os territórios e as comunidades.

O trabalho territorializado não é garantido pela simples transposição de abordagens comuns às quatro paredes do consultório para o domicílio, a escola ou o “mocó”². Pelo contrário, a transposição linear deste modelo sem a devida consideração para com a densidade e a textura histórica e política dos territórios é perigosa e arriscada. Pode conduzir ao exercício coletivo da normatização, ao infundável moldar de corpos dóceis, para o qual Foucault (1987) tanto nos alertou, e, conseqüentemente, para a construção de manicômios disfarçados a céu aberto.

Os trabalhos envolvendo a complexidade do território, da comunidade e da instituição para muito além de simples delimitações geográficas ou físicas, considerando a dinâmica viva, afetiva, histórica e mutante desses espaços, têm importantes e tradicionais autores da psicologia (Baremlitt, 2002; Bleger, 1984; Guatari & Deleuze, 1996; Guilhón de Albuquerque, 1978; Foucault, 1987, entre outros), como também têm colocado alguns estudiosos brasileiros, como o geógrafo Milton Santos, no lugar de reconhecida referência internacional no assunto. Essas contribuições, bem como outras advindas da antropologia, da epidemiologia, da sociologia devem fazer parte do repertório ampliado dos psicólogos e demais profissionais das equipes dos serviços públicos de saúde que pretendem desenvolver práticas territorializadas e integrais condizentes com as diretrizes conquistadas a duras penas pelo Movimento Sanitário Brasileiro, pela Luta Anti Manicomial, enfim, pelo SUS.

Notas

¹ A definição de clínica tradicional, geralmente individual está baseada na proposição de *clínica clássica* de Ferreira Neto (2007, p. 110): “A clínica clássica é definida como portadora de um modelo mais homogêneo, influenciado pela medicina

e caracterizado como um sistema de atenção voltado para o indivíduo, em atividades de psicodiagnóstico e psicoterapia ... exercida em consultórios particulares para uma clientela oriunda das classes média e alta”.

- ² “Mocó” é um termo êmico utilizado para fazer referência aos locais ocupados por indivíduos ou grupos para uso de drogas (terrenos baldios, casas abandonadas etc.).

Referências

- Baremblyt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática* (5ª ed.). Belo Horizonte: Instituto Felix Guattari.
- Bleger, J. (1984). *Psico-higiene e psicologia institucional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Cabral, E. & Sawaya, S. M. (2001). Concepções e atuação profissional diante das queixas escolares: os psicólogos nos serviços públicos de saúde. *Estudos de Psicologia*, 6(2), 143-155.
- Campos, G. W. de. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(2), 219-230.
- Campos, R. (2008). O. Saúde Mental na Atenção Básica. In G. W. S. Campos & A. V. P. Guerrero (Orgs.), *Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada* (pp. 221-247). SP: Ed Hucitec.
- Guerrero, I. C. Z. *Aspectos éticos das pesquisas qualitativas em saúde*. (2006). Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2006, outubro/dezembro). Saúde mental no PSF é um desafio para a Psicologia. *Psi - Jornal de Psicologia CRP SP*, 149. Acesso em 03 de fevereiro, 2011, em http://www.crp.org.br/portal/comunicacao/jornal_crp/149/frames/fr_ciencia_profissao.aspx.
- Dimenstein, M. D. B. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação dos profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 53-81.
- Dimenstein, M. D. B. (2006). A prática dos psicólogos no Sistema Único de Saúde/SUS. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS* (pp. 8-16). Brasília, DF: CFP.
- Ferreira Neto, J. L. (2007). Práticas transversalizadas da clínica na saúde mental. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 110-118.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Foucault, M. (2006). *Ditos e Escritos V - Ética, sexualidade e política*. RJ: Forense Universitária.
- Foucault, M. (2008). *Segurança, território e população*. SP: Martins Fontes.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Guattari, F. & Deleuze, G. (1996). *Mil platôs*. São Paulo: Ed. 34.
- Guilhon de Albuquerque, J. A. (1978). *Metáforas da desordem*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Hoensch, J. C. D. (2001-2004). Representações do SUS para psicólogos em Unidades de Saúde: indagações e possibilidades. In C. A. T. Nascimento, G. D. R. Lazzarotto, J. C. D. Hoensch, M. C. C. Silva, & R. L. Matos. (Orgs.), *Psicologia e políticas públicas: experiências em saúde pública* (pp. 23-32). Porto Alegre: CRP/RS.
- Jackson, A. L. & Cavallari, C. D. (1991). Estudo sobre a inserção dos psicólogos nas Unidades Básicas de Saúde. *Cadernos do Conselho Regional de Psicologia de São Paulo*, 7-31.
- Jimenez, L. (2002). *Efeitos do desemprego prolongado na divisão sexual do trabalho: estudo de uma população masculina do ABC/São Paulo*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Jimenez, L. & Lefèvre F. (2004). Desafios e Perspectivas: desemprego e masculinidade. *Rev. Interação em Psicologia* 8(2), 227-235.
- Jimenez, L. (2009). *Corpos profanos e transformados: prostituição e prevenção em tempos de aids*. Tese de Doutorado, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Lancetti, A. (2001). Saúde mental nas entranhas da metrópole. In A. Lancetti (Dir.), *Saúdeloucura* 7 (pp. 53-58). São Paulo: Hucitec.
- Lancetti, A. & Amarante, P. (2006). Saúde mental e saúde coletiva. In G. W. S. Campos, M. C. de S. Minayo, M. Akerman, M. D. Júnior, & Y. M. de Carvalho, *Tratado de saúde coletiva* (pp. 615-634). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 39-64). Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. (2005). *Caminhos para uma política de saúde mental infante-juvenil*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2006). *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF: Autor.
- Ministério da Saúde. (2008). *Portaria n. 154*, de 24 de janeiro de 2008. Brasília, DF: Autor.
- Neto, J. L. F. (2008). Intervenção psicossocial em saúde e formação do psicólogo. *Psicologia & Sociedade*, 20(1), 62-69.
- Nunes, M., Jucá, V. J., & Valentim, C. P. B. (2007). Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2375-2384.
- Oliveira, I. F., Dantas, C. M. B, Costa, A. L. F., Silva, F. L., Alverga, A. R., Carvalho, D. B., & Yamamoto, O. H. (2004). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: formação acadêmica e prática profissional. *Interações*, 9(17), 71-89.
- Oliveira, I. F., Silva, F. L., & Yamamoto, O. H. (2007, janeiro/junho). A psicologia no Programa de Saúde da Família (PSF) em Natal: espaço a ser conquistado ou limite da prática psicológica? *Alethéia*, 25, 5-19.
- Pinheiro, R. (2001). As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In R. Pinheiro & R. A. Mattos (Orgs.), *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde* (pp. 65-112). Rio de Janeiro: CEPES/ UERJ/ IMS/ ABRASCO.
- Santos, M. (1985). *Espaço e método*. São Paulo: Nobel.
- Silva, R. C. (1994). O fracasso escolar: a quem atribuir? *Paidéia*, 7, 33-41
- Sombini, C. H. A. M. (2009). Saúde mental na atenção básica: uma das possibilidades de construção no município de Campinas (SP). In Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (Org.), *Caderno Temático vol. 7 – NASF – Núcleo de Apoio à*

- Saúde da Família/Conselho Regional de Psicologia 6ª Região* (pp.14-19). São Paulo: CRP-SP
- Spink, M. J. (2009). Psicologia da saúde: a estruturação de um novo campo de saber. In M. J. Spink, *Psicologia social e saúde: práticas, saberes e sentidos* (pp. 29-39). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Tanaka, O. Y. & Ribeiro, E. L. (2009). Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(2), 477-486.
- Taylor, F. W. (1995). Os princípios da administração científica. SP: Atlas. (Original publicado em 1911).
- Yamamoto, O. H., Oliveira, I., Silva, L., Freire, M., Rocha, R., & Alves Filho, S. (1990). A psicologia escolar em Natal: características e perspectivas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 2, 40-49.
- Vechhia, M. D. & Martins, S. T. F. (2009). Desinstitucionalização dos cuidados a pessoas com transtornos mentais na atenção básica: aportes para a implementação de ações. *Interface - Comunicação, Saúde e Educação*, 13(28), 151-64.
- World Health Organization - WHO. (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. Geneve, Switzerland: Autor.

Recebido em: 15/05/2010

revisão em: 23/11/2010

Aceite em: 16/11/2011

Luciene Jimenez é mestre e doutora pela Faculdade de Saúde Pública da USP. Professora do Mestrado Profissional Adolescente em Conflito com a Lei, da Universidade Anhanguera/UNIBAN. Endereço: Av. Braz Leme, 3029. Santana. São Paulo/ SP, Brasil. CEP 02022-011. Email: lucienejimenez@hotmail.com

Como citar:

Jimenez, L. (2011). Psicologia na atenção básica à saúde: demanda, território e integralidade. *Psicologia & Sociedade*, 23(n. spe.), 129-139.