



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA - *CAMPUS* DE SOBRAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

ISABELA CEDRO FARIAS

**ANÁLISE DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE A UM SERVIÇO-ESCOLA DE PSICOLOGIA**

SOBRAL

2016

ISABELA CEDRO FARIAS

ANÁLISE DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE A UM SERVIÇO-ESCOLA DE PSICOLOGIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, *Campus* de Sobral, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Orientadora: Prof.^a Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira

SOBRAL

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

F238a Farias, Isabela Cedro.

Análise dos encaminhamentos realizados da Atenção Primária à Saúde a um serviço-escola de Psicologia / Isabela Cedro Farias. – 2016.

97 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2016.

Orientação: Profa. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira.

1. Psicologia. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Serviço de Psicologia Aplicada. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Clínica. I. Título.

CDD 610

ISABELA CEDRO FARIAS

ANÁLISE DOS ENCAMINHAMENTOS REALIZADOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À
SAÚDE A UM SERVIÇO-ESCOLA DE PSICOLOGIA

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará, *Campus* de Sobral, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde da Família.

Aprovada em: ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Camilla Araújo Lopes Vieira (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Luis Achilles Rodrigues Furtado
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Alúcio Ferreira de Lima
Universidade Federal do Ceará (UFC)

À minha sobrinha Aira Mariam, que mesmo na sua curta passagem foi capaz de tocar profundamente e continua a ser luz na minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai **Emanuel**, pelo amor, por ser amor e estar sempre presente, inclusive nas inúmeras correções desse texto.

À minha mãe **Benvinda**, pelo seu entusiasmo em viver, por ser força, afago e exemplo.

Ao meu irmão **Benuel**, por todas as boas influências, pela fé que conforta e por continuar a fazer os “*abstract*”,

Ao meu irmão **Júnior**, pela calma, cuidado e por acreditar que a irmã caçula seria capaz.

À minha irmã **Emanuela**, por ser garra, proteção e afeto que transborda. Obrigada por me permitir ser madrinha do que Deus nos deu de melhor: nossa pequena Airinha!

Ao meu esposo **Elano**, por sua maneira peculiar de amar e por me incentivar a sempre ser mais.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro com a manutenção da bolsa de auxílio.

À minha querida Professora e Orientadora **Camilla Lopes**, pelo exemplo, paciência, incentivo, por ter sido também uma amiga. Por acreditar em mim e me encorajar mesmo quando não me restavam forças.

Aos professores **Aluísio Lima** e **Luis Achilles**, que gentilmente aceitaram fazer parte da banca e por me ensinarem, cada um a sua maneira, o quão longe se pode chegar ao estudar algo que se gosta.

À professora **Denise do Nascimento**, pela participação na minha banca de qualificação e pelas sempre valorosas contribuições.

Aos professores **Percy Galimberti** e **Roberta Lira**, sempre acessíveis e comprometidos: muito ajudaram no caminhar desse processo do mestrado.

A todos os professores do mestrado pelos conhecimentos compartilhados e por fazerem jus a uma formação em um mestrado multidisciplinar, com suas particularidades e diversidade.

Aos colegas de mestrado, em especial **Claudênia** e **Isabelle**, por terem compartilhado angústias, sonhos, risadas e crescimento.

Às amigas **Diana** e **Gardênia**, por permanecerem presentes, por serem inspiração, por terem vivido o mestrado comigo.

A todos do S.P.A. com quem tive o prazer de conviver durante o processo de coleta de dados: funcionários, alunos e em especial a aluna Jamile, bolsista do BIA, que ajudou no processo.

RESUMO

O objetivo da nossa pesquisa foi analisar os encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) do município de Sobral ao Serviço de Psicologia Aplicada (S.P.A.), da Universidade Federal do Ceará. O estudo teve delineamento qualitativo e transversal, com objetivo exploratório-descritivo. Quanto aos procedimentos, foi do tipo documental, uma vez que os prontuários do S.P.A. foram a fonte de estudo. No total, 293 entre os 1.000 primeiros prontuários eram provenientes da APS. Os dados da pesquisa foram analisados por meio da Análise de Discurso Crítica (ADC) e os resultados foram apresentados a partir de quatro eixos. Constatamos que entre os profissionais que mais encaminham ao serviço estavam os psicólogos (25,8%), os médicos generalistas (22%), os psiquiatras (15,1%) e os enfermeiros (11,3%). Em relação ao perfil do público encaminhado, o maior foi do sexo feminino (69%), na faixa etária de 31 a 50 anos (35,8%) e a *Sensação de Ansiedade/Nervosismo/Tensão* como queixa de maior ênfase (29%). Em relação ao índice de abandono e desistência dos pacientes, os casos foram esmiuçados e o fato se mostrou com outras variáveis muito mais do âmbito das problemáticas sociais do que do desejo dos pacientes em serem atendidos. Os encaminhamentos da APS ao S.P.A. são significativos, superados apenas pelos que chegam ao serviço por demanda espontânea e por mais que houvesse encaminhamento, não apareceram dados que revelassem a continuidade do processo de cuidado e contato dos Centros de Saúde da família com o S.P.A., nos indicando que os princípios de longitudinalidade, integralidade e cuidado continuado não têm sido efetivados. Constatamos que o S.P.A. já é considerado um lugar de referência como espaço para as ações em Psicologia à população. Portanto, se há o reconhecimento de sua importância, há também o reconhecimento da importância da clínica.

Palavras-chave: Psicologia. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde. Serviço de Psicologia Aplicada. Clínica.

ABSTRACT

Our main aim in research was to analyze the referrals of the Primary Health Care in the city of Sobral, through the Applied Psychology Service, from the Federal University of Ceará. The study had qualitative and transversal outlining, with a descriptive-exploratory objective. As for the procedures, they were conducted by the usage of documents, since the source of data was provided by S.P.A.'s patient records. In total, 293 among the 1000 patient records came from the APS. The data of the research was analyzed by using the Critical Discourse Analysis (A.D.C.) and the results were presented from four axes. We could see that among the professionals that refer the patients to the service, 25,8% were psychologists, 22% general doctors, 15,% psychiatrists and 11,3% nurses. In relation to the profile of the referred people, the great majority were from the female sex (69%), their age ranging from 31 to 50 (35,8%) and the "Anxiety/Nervous/Tension sensations" as the biggest complaint emphasis (29%). In relation to the withdraw and abandonment from the patients, the cases were detailed and they have showed other variables, having more to do with social problems than with helping the patients. The referrals from APS to the S.P.A. are significant, a number surpassed only by the spontaneous demand of people that come to the service. Although there were referrals, there is no data showing the relevance of the continuity of the caring process and to the contact in the Family Health Centers like S.P.A., a fact that tells us that the principles of longitudinal, integral and continuous caring have not been effective. It was observed that the S.P.A. is already considered a place of reference as a space for the Psychology actions to the population. Thus, if there is the recognition of its importance, there is also the recognition of the importance of the clinic.

Keywords: Psychology. Family Health Strategy. Primary Health Care. Applied Psychology Service. Clinic.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Prática Social e seu contexto	22
Figura 2 – Elementos da ordem do discurso e seus significados	23
Figura 3 – Categorias Analíticas e suas definições	24
Tabela 1 – Artigos selecionados sobre Saúde Mental na APS	41
Tabela 2 – Caracterização dos artigos analisados em eixos e quantificação numérica	49
Figura 4 – Profissionais que encaminham ao S.P.A.	62
Figura 5 – Prontuários da APS em gênero	69
Figura 6 – Prontuários da APS por faixa etária	69
Figura 7 – Maiores queixas registradas dos prontuários da APS	70
Figura 8 – Situação do tratamento dos prontuários da APS	75

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ADC	Análise de Discurso Crítica
AM	Apoio Matricial
APS	Atenção Primária à Saúde
BIA	Programa Bolsa de Iniciação Acadêmica
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CAPS ad	Centro de Apoio Psicossocial Álcool e Outras Drogas
CEM	Centro de Especialidades Médicas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CEREST	Centro de Referência da Saúde do Trabalhador
CID 10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (décima edição)
DSM V	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (quinta edição)
ESF	Estratégia Saúde da Família
HD	Hipótese diagnóstica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PS	Prática Social
RAISM	Rede de Atenção Integral em Saúde Mental
RAS	Redes de Atenção a Saúde
SM	Saúde Mental
SPA	Serviço de Psicologia Aplicada
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TAG	Transtorno de Ansiedade Generalizada
TOC	Transtorno Obsessivo Compulsivo
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	Sobre a história do curso de Psicologia e do S.P.A.	12
1.2	Apresentação e Problematização da temática	15
2	METODOLOGIA	19
2.1	<i>Locus</i>	19
2.2	Amostragem e Coleta de Dados	20
2.3	Análise do Discurso Crítica	21
2.4	Procedimentos éticos	23
2.5	Análise dos dados	24
3	CAPÍTULO I	26
3.1	A Filosofia da Ciência ou da Filosofia à Ciência	26
3.2	Algumas considerações sobre a história do conceito de saúde	29
3.3	Reflexões sobre Promoção da Saúde e o bem-estar como ideal	31
3.4	Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde	37
3.5	Produções científicas sobre Saúde Mental e APS	41
3.5.1	<i>Os achados sobre Saúde Mental na APS</i>	43
3.5.2	<i>Os achados sobre Relação entre as Equipes</i>	44
3.5.2.1	Apoio Matricial	45
3.5.3	<i>Os achados sobre as dificuldades de lidar com a SM na APS</i>	46
4	CAPÍTULO II	48
4.1	Serviços-escola de Psicologia: uma revisão de literatura	48
4.1.1	<i>Caracterização das clínicas-escola: Conhecer a clientela para melhor se adaptar?</i>	50
4.1.2	<i>Encaminhamentos, Queixas e Abandono: o que (não) dizem as entrelinhas</i>	52
4.1.3	<i>Clínica-escola x Serviço-escola: A clínica não morreu</i>	56
4.2	Ampliando o entendimento sobre a clínica	57
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES	61
5.1	Profissionais, encaminhamentos e sugestão de tratamento	61
5.2	Demandas e Queixas: Quem e o que chega?	68
5.3	O que faz ficar? Porque abandonam?	75

5.4	Contato entre o Serviço de Psicologia Aplicada e a Atenção Primária à Saúde	75
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	83
	REFERÊNCIAS	86
	APÊNDICE - ROTEIRO DE ANÁLISE DOS DADOS DO PRONTUÁRIO	95
	ANEXO - LISTA DE QUEIXAS DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA APLICADA	96

1 INTRODUÇÃO

Antes de apresentar-lhe as leituras e as articulações que ora faço sobre o tema escolhido, como é tradicional na academia e no discurso científico, convido-o, quebrando o protocolo, a conhecer um pouco do percurso e dos acontecimentos que me trouxeram a esse momento, bem como a relação disso tudo com o que escrevo.

1.1 Sobre a história do curso de Psicologia e do S.P.A.

Neste ano de 2016 o curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, Campus de Sobral, faz dez anos. De maneira muito íntima e honesta, confesso ser motivo de vaidade ter sido aluna da 2ª turma. Rememorar o que vivi durante a época de graduação me traz muita satisfação e orgulho, ainda que tenha passado por dificuldades, como falta de sala, biblioteca e professores, o que culminou em greves e complicações de diversas ordens. Hoje percebo que foram especialmente essas dificuldades que tornaram todo o ocorrido mais cheio de sentido e aprendizado.

Continuando a franqueza, rememorar a história do curso de Psicologia em Sobral é sem dúvida um dos motivos de ter me aproximado do tema que proponho no estudo que segue adiante. Objetivar saber sobre os encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde ao Serviço de Psicologia Aplicada também é uma forma de registrar o impacto da implantação do curso de Psicologia, é saber sobre a relação da Universidade com a comunidade e é narrar um pouco desses 10 anos de história.

Nesse cenário, a implantação do Serviço de Psicologia Aplicada merece destaque. O curso já vinha de uma série de dificuldades estruturais, mas passar pela formação em Psicologia sem realizar os estágios de atendimento clínico foi um “calo” difícil de suportar. A primeira turma do curso já vivia essa realidade. Pelo fato de não ter a estrutura física implantada e em funcionamento, os primeiros alunos realizaram o estágio graças à parceria com uma faculdade particular do município, que cedeu as salas de atendimentos em psicopedagogia que dispunha para os alunos da Psicologia. A primeira turma, mesmo prestes a se formar, e os demais alunos dos cursos, sobretudo os da minha turma, que seria a próxima a entrar em estágio,

começamos a nos articular e nos organizar no Movimento Estudantil dos Alunos de Psicologia (MEPSI), para reivindicar várias questões problemáticas que a graduação em Psicologia de Sobral enfrentava. Em especial pedíamos celeridade na reestruturação da casa onde iria funcionar o então Serviço de Psicologia Aplicada, em obras já há um certo tempo, mas sem previsão de término. Foi assim que o Campus Avançado de Sobral presenciou a primeira greve de alunos. Vale ressaltar que no mesmo período os alunos do curso de Odontologia também aderiram ao movimento, por também estarem enfrentando dificuldades em seu curso. Importante destacarmos que alguns professores tiveram importância fundamental nesse processo, através do apoio que deram a essa luta, incentivando nosso protesto digno, respeitoso e político. Foi inclusive em uma aula da disciplina “Métodos e técnicas de intervenção” que, a partir das discussões provocadas pelo professor, os alunos decidiram iniciar o movimento de greve. O cenário de parceria e cumplicidade entre alunos e professores fazia que não existisse o “movimento dos alunos” e o “grupo dos professores”. Havia um coletivo unido, engajado, lutando pela mesma causa. Esse fator foi, sem dúvidas, o terreno fértil que permitiu o desenrolar de todo o processo.

Nosso movimento realizou diversas ações, contactou com os gestores, com a Universidade e com a comunidade. Comissões foram criadas dentro do movimento com objetivos específicos, como acompanhar a reforma da casa, criar material de divulgação sobre o movimento, etc. Foi um período de muita luta, o que gerou desgaste que por vezes refletiu até no enfraquecimento do movimento. No entanto, ao final do processo, a minha turma saiu com o saldo de ao menos realizar um semestre de estágio no S.P.A. Raimundo Medeiros de Frota, assim nomeado como forma de homenagear a família proprietária da casa onde funciona o serviço hoje. A vivência do estágio em clínica foi muito importante, no entanto todo o processo vivido durante a greve, reivindicações e organização do movimento implicaram em um amadurecimento profissional que as disciplinas e os diversos estágios realizados não permitiriam.

Ainda é importante que destaquemos outra luta travada, agora por parte de alguns professores, em relação à administração e a autonomia da clínica-escola, para ser vinculada apenas à própria Universidade. Houvera uma proposta e tentativa de administração por parte da prefeitura de Sobral, fato que tornaria o S.P.A. preso a algumas amarras e lhe distanciaria do intuito primeiro que é a formação do aluno.

O certo é que essa década de existência do curso trouxe efeitos diversos no município, nos alunos, professores, comunidade e nas redes com as quais dialoga. Os impactos ganharam proporções que jamais poderão ser todas delineadas. Nesse sentido, uma das informações que dispomos é que mais da metade dos encaminhamentos ao serviço são oriundos da rede de saúde (APS, Hospitais, CAPS, profissionais particulares). Consideramos ser esse um dado importante e por isso será nosso ponto de partida. No nosso caso, no entanto, o recorte será feito com os encaminhamentos oriundos da APS, apenas.

No que tange aos estudos sobre a atuação de clínicas-escola de Psicologia, a literatura aponta para algumas discussões acerca dos entraves logísticos devido às altas demandas, longas filas de espera e altos índices de desistência (ANCONA-LOPEZ, 1983). Percebi, portanto, que a discussão ficava voltada ao ensino e ao processo de aprendizagem do aluno, tornando, por vezes, as discussões incipientes a respeito da formação acadêmica, atendimento à comunidade e relações intersetoriais. Assim, se fez necessário que tais discussões pudessem ocorrer na realidade do serviço local, através da presente pesquisa sobre os encaminhamentos realizados da Atenção Primária à Saúde do município de Sobral-CE ao Serviço de Psicologia Aplicada do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, como forma de identificar os impactos de sua implantação, idealizar melhorias para o serviço em si, no atendimento à comunidade, na formação dos alunos do curso e para promover discussões do trabalho em redes de saúde. Acredito que o estudo será enriquecedor também para os psicólogos, uma vez que incita discussões a respeito da formação acadêmica, inserção da profissão na rede de saúde e diálogos entre saberes.

Por fim, considero que nosso estudo também tem sua relevância e impacto no campo das Políticas de Saúde, principalmente em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde. Pensar na relação que se estabelece entre S.P.A. e APS é se inteirar como se desenham as referências e contra-referências desses serviços, é perceber os avanços e desafios dessa relação, é conhecer a demanda que é direcionada da APS para o S.P.A.. Tudo isso pode revelar a forma de gerir tal modelo de atenção. A discussão ainda pode influenciar na qualificação dos serviços que são ofertados à população, além de desvelar saberes e práticas, principalmente no que condiz à edificação de um sistema único e público de saúde que efetivamente proporcione integralidade na atenção em saúde.

Apresentados meus motivos e contextos, retornarei à primeira pessoa do plural a partir de agora, uma vez que a escrita que segue implica no trabalho conjunto que teve como co-autora minha orientadora.

1.2 Apresentação e Problematização da temática

Como um dos ganhos da política de interiorização das Instituições de Ensino Superior das Universidades Federais, na cidade de Sobral-CE, temos o curso de Psicologia e seu equipamento suplementar, Serviço de Psicologia Aplicada (S.P.A.), em atuação desde o ano de 2012.

Pelo Regimento Interno do serviço (2011) temos que o S.P.A. é uma Unidade Suplementar de estrutura complexa que se constitui como espaço privilegiado de articulação entre teoria e prática, contemplando as atividades práticas das disciplinas do curso de Psicologia, prioritariamente, da disciplina de práticas integrativas/estágio básico, dos estágios curriculares supervisionados (obrigatório e opcional) e do desenvolvimento de atividades de ensino, pesquisa e extensão do Curso de Psicologia.

Para Gauy e Fernandes (2008) a clínica-escola em Psicologia se configura como um ambiente associado a uma instituição de ensino, no qual o aluno completa sua formação ao realizar a prática clínica, sob a orientação de um professor supervisor. Sua implantação é prevista pelo parecer 403/62 que criou a profissão do psicólogo e que pela lei 4.119/62 foi regulamentada, ficando prevista a organização de serviços clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho, orientados e dirigidos pelo Conselho dos Professores do curso, abertos ao público, de forma gratuita ou remunerada.

Apesar de ser previsto que o serviço possa ocorrer também de forma remunerada, o atendimento gratuito tem sido predominante entre tais serviços e mesmo os que optam pela remuneração o fazem de uma forma simbólica e com outras finalidades que não o lucro. Ainda pelo Regimento Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011, p. 13) “[...] serão considerados usuários dos serviços do S.P.A. qualquer pessoa que por iniciativa própria e/ou por encaminhamento busque o atendimento psicológico, em conformidade com os princípios do SUS, e com as regulamentações da profissão de psicólogo”.

Dentre os princípios, enfatizamos a integralidade da assistência à saúde do usuário, uma vez que a oferta do S.P.A., além de ser vista como um retorno social da Universidade, pode auxiliar também na Atenção Primária à Saúde¹ (APS). Nesta, se sabe que demandas em saúde mental são crescentes², logo o Serviço de Psicologia se torna relevante nesse cenário para acompanhamentos de tais demandas ou mesmo através do trabalho de discussão e redimensionamento dessas.

A Atenção Primária à Saúde, além de uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde nos quais representa o primeiro nível de atenção, é um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais aí inseridos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). A APS tem na Estratégia Saúde da Família (ESF) eixo estruturador de seu desenvolvimento e da sua expansão pelo Brasil, sendo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada, devendo, para isso, deter os atributos requeridos de uma “atenção básica”, quer seja a integralidade ou a continuidade dos cuidados, ambos fortemente dependentes de um efetivo sistema de referência e contra-referência (AGUILERA *et al.*, 2013 p. 1024) - entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços (SERRA; RODRIGUES, 2010, p. 3580).

No entanto, a fragmentação e a descontinuidade assistencial ainda são realidade nos serviços públicos de saúde no Brasil. Cunha e Campos (2011) relacionam tal fato com a racionalidade gerencial hegemônica, um modo de organizar o trabalho no âmbito da saúde de forma a reduzi-lo a procedimentos, doenças ou partes do corpo, ao invés de se responsabilizarem por pessoas de forma global. Ainda afirmam:

Da mesma forma, essa racionalidade induz os serviços de saúde a se responsabilizarem pelos usuários somente enquanto eles se localizam dentro do seu espaço físico, nem antes de entrarem nem depois de saírem. O que também não contribui para a responsabilização sanitária territorial das populações. (CUNHA; CAMPOS, 2011, p.963).

¹ Tal termo aqui será utilizado como sinônimo de Atenção Básica, embora se considere que tal designação é a adotada pelo governo brasileiro com o objetivo de contrapor-se à proposta político-ideológica da atenção primária como sendo seletiva e destinada às populações pobres. (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

² A portaria nº 154 de 24 de janeiro de 2008 sugere a inserção de ao menos um profissional de saúde mental em cada equipe do NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, podendo ser psiquiatra, psicólogo ou terapeuta ocupacional, uma vez que 56% dos profissionais da atenção básica reconhecem atender demandas de saúde mental em sua prática (BRASIL, 2008).

Tal situação de desresponsabilização é que Mendes (2011, p. 58) nomeia de sistemas fragmentados de atenção à saúde, afirmando ainda que “esse descompasso configura a crise fundamental do sistema público de saúde no país que só será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas redes de atenção à saúde”. Para o referido autor as redes de atenção à saúde são definidas como:

[...] organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população. (MENDES, 2011, p.82).

Norteados por tais discussões apresentamos a problemática: quais são os encaminhamentos realizados da atenção primária à saúde do município de Sobral-CE ao Serviço de Psicologia Aplicada do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará? Uma vez que demandas em saúde mental são crescentes nesse nível de atenção, como já anteriormente mencionado, as clínicas-escola de Psicologia têm aparecido como importantes centros de recebimento de tais demandas via encaminhamento da APS. Portanto, a partir da relação desses serviços, localmente no município, é que deteremos nossa análise.

Nosso estudo, portanto, tem o objetivo de conhecer para então analisar os encaminhamentos realizados da APS para o S.P.A. com o intuito de identificar, a partir das principais demandas encaminhadas, a relação estabelecida entre os serviços e os fluxos de referência e contra-referência³.

Esse estudo fará parte de uma pesquisa maior intitulada “Reflexões sobre a clínica e sua função na rede de saúde de Sobral-CE: uma pesquisa documental a partir dos encaminhamentos direcionados ao serviço de psicologia aplicada Raimundo Medeiros Frota – S.P.A.”, já em desenvolvimento, que tem coletado informações dos prontuários de um a mil do S.P.A.. Entre os achados da pesquisa temos que os Centros de Saúde da Família (CSF) estão entre os serviços que mais encaminham ao Serviço de Psicologia, que há uma suposição de saber aos

³Pelo documento Terminologia básica em saúde, do Ministério da Saúde em 1987, referência é o “ato formal de encaminhamento de um paciente atendido em um determinado estabelecimento de saúde para outro de maior complexidade.” (BRASIL, 1987, p. 12). Já a contra-referência é o “ato formal de encaminhamento de um paciente ao estabelecimento de origem (que o referiu) após resolução da causa responsável pela referência.” (BRASIL, 1987, p. 8).

dispositivos de atuação da Psicologia sobre a saúde mental e, mais do que isso, que o sistema de saúde municipal não dá conta do cuidado integral. Também compartilhamos da ideia de que a dita “Atenção Básica” tem construído em sua política, através da aplicação do conceito e das práticas em saúde, um comprometimento a todos os âmbitos da dimensão humana, ao mesmo tempo em que não consegue absorver tais demandas.

Seguiremos apresentando nosso capítulo metodológico onde serão explanados os procedimentos que embasaram a realização de nossa pesquisa. Entendendo que a temática por nós escolhida aborda dois pontos emblemáticos, Atenção Primária à Saúde e Clínicas-escola de Psicologia, foi dedicado um capítulo para cada um deles. Assim, no primeiro capítulo realizamos uma breve discussão sobre ciência e saúde até chegarmos às políticas de saúde nacionais, dando enfoque para Promoção da Saúde e, sobretudo, para o modelo de Atenção Primária à Saúde (APS). Encerramos o capítulo problematizando a relação entre APS e Saúde Mental, momento em que apresentamos uma pesquisa bibliográfica sobre as produções envolvendo as duas temáticas. O segundo capítulo tratou de uma revisão de literatura sobre as produções nacionais dos últimos dez anos a respeito das clínicas-escola em Psicologia, finalizando com uma discussão sobre clínica. O terceiro foi o momento da apresentação e discussão de nossos achados e, por fim, as considerações finais, concluindo nosso estudo.

2 METODOLOGIA

A pesquisa foi qualitativa documental, partindo de uma pergunta exploratória. Considerando a natureza da questão do estudo, adiantamos que foi o modelo que mais se adequou, uma vez que:

A pesquisa qualitativa caracteriza-se pela identificação e descrição da relação dinâmica entre o contexto e as percepções do sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade dos atores envolvidos que não pode ser traduzido em números. Portanto, caracteriza-se por um trabalho descritivo das visões dos entrevistados sobre o tema em questão. (COSSIO; STEINBRUCK, 2011, p.4).

Embora pudéssemos tratar a questão de uma maneira quantitativa, o nosso intuito foi para além de uma lida com números, certezas e objetividades. Nesse modelo escolhido a ênfase maior é dada ao processo e não ao produto. Abordar de uma maneira qualitativa um objeto de estudo é possibilitar que se fale das entrelinhas, atribuir sentido, conferir aos dados uma possibilidade de se dizer, de se afirmar ou mesmo se contrapor e se negar.

2.1 *Locus*

O estudo foi realizado no S.P.A. Raimundo Medeiros de Frota, do curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, localizado no centro da cidade de Sobral-CE. No município, o curso de Psicologia existe há 10 anos, tendo formado seis turmas, e tem o S.P.A. como um dispositivo que completa a formação do aluno, ao mesmo tempo que promove o contato com a comunidade. O serviço tem esse nome como forma de homenagear o antigo proprietário da casa. O S.P.A. está em atuação desde o ano de 2012 e embora seja um equipamento regulamentado pela legislação de criação dos cursos de Psicologia, foi fruto de lutas políticas e greves de discentes e docentes devido à demora em sua implantação. Dispõe de um amplo espaço composto por várias salas de atendimento individual, salas de supervisões, salas dos estagiários e brinquedoteca. Transitam no local, além do quadro fixo de profissionais, composto por coordenador administrativo, coordenador acadêmico, técnicos administrativos, vigilantes, auxiliares de serviços gerais e professores-supervisores, os estagiários e usuários. Apesar do serviço ser recente, já consta de mais de mil prontuários. Vale ressaltar que algumas pessoas que procuraram o serviço ainda estão na fila de espera devido à alta demanda.

Entre as atividades realizadas no S.P.A. tem-se: acolhimento, triagem, atendimentos individuais, atividades grupais, entre outros. Santos (2016) define o momento de acolhimento como sendo o que tem por objetivo acolher quem chega ao serviço em busca de atendimento. Após essa escuta inicial é que se passa à triagem, “se a queixa for entendida como demanda para o serviço” (SANTOS, 2016, p. 16). O encaminhamento para o atendimento individual, para os grupos ou para a lista de espera são ações que podem ser tomadas após a triagem. Resta esclarecer que dentro do nosso estudo o que denominamos como “encaminhamento” é um documento escrito e assinado por um profissional.

Sobral está localizada a 238 km da capital do estado do Ceará, Fortaleza, e conta com a população de 201.756 habitantes⁴. A cidade tem relevância no cenário da Saúde Pública em nível nacional por ser referência do modelo tecnoassistencial da rede de Saúde, com especial destaque para a Rede de Saúde Mental. Cabe destacarmos que o município conta, desde o ano de 2001, com a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia. Oferece diversos cursos aos profissionais de saúde de Sobral e região, com ênfase para a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Multiprofissional em Saúde Mental. A rede de saúde ainda é permeada pela presença da Universidade, uma vez que existem faculdades públicas estadual e federal, além de algumas outras particulares, o que constitui o sistema com perfil de um serviço-escola.

2.2 Amostragem e Coleta de Dados

Quanto ao procedimento, foi uma pesquisa documental, uma vez que os prontuários do S.P.A. foram a fonte de estudo. Tais documentos são considerados fontes ricas e estáveis de dados, não exigindo o contato com os sujeitos da pesquisa (GIL, 2002). Primeiramente foi realizada a categorização das informações dos prontuários (data de admissão, sexo, idade, queixa, forma de encaminhamento, procedimento adotado, situação atual), de um a mil, através do programa IBM Statistical Package for the Social Sciences for Windows (SPSS). As informações colhidas foram transpostas para o referido programa de modo a facilitar a análise estatística e a interpretação dos dados. Tal processo nos levou especificamente às

⁴ Dados segundo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2015.

informações sobre os encaminhamentos ao S.P.A. pela APS do município. Foram esses os casos a que nos detivemos para a análise, sendo nossa amostragem constituída, portanto, de 293 prontuários do S.P.A. oriundos da APS.

Para nortear o estudo dos documentos foi utilizado um roteiro de análise (apêndice) composto por um cabeçalho com informações do número do prontuário, idade, sexo e Centro de Saúde da Família (CSF), seguido de alguns tópicos envolvendo informações a respeito de qual profissional encaminhou, demandas e queixas, duração do tratamento, relação entre S.P.A. e CSF e outras observações que se tornaram relevantes à pesquisa.

A coleta de dados foi realizada entre os meses de junho a julho de 2016 na sala de arquivo dos prontuários do S.P.A.. O local dispunha, além dos armários com os prontuários, de ambiente climatizado, mesa e cadeiras, além de ser um espaço onde se resguardava o silêncio. Tais fatores foram propícios para o bom desenrolar da pesquisa. Nesse processo, contamos com a ajuda de uma aluna do primeiro período do curso de Psicologia, bolsista do programa BIA (Programa Bolsa de Iniciação Acadêmica), cedida pela coordenação do S.P.A. a quem foi explicitado o objetivo do estudo, apresentado o instrumental e os pontos importantes para a coleta dos dados que desejávamos.

2.3 Análise do Discurso Crítica

Os dados foram analisados a partir da Análise de Discurso Crítica (ADC) do linguista Norman Fairclough⁵, em que a linguagem é tida como parte irreduzível da vida social e é dialeticamente interconectada a outros elementos sociais.

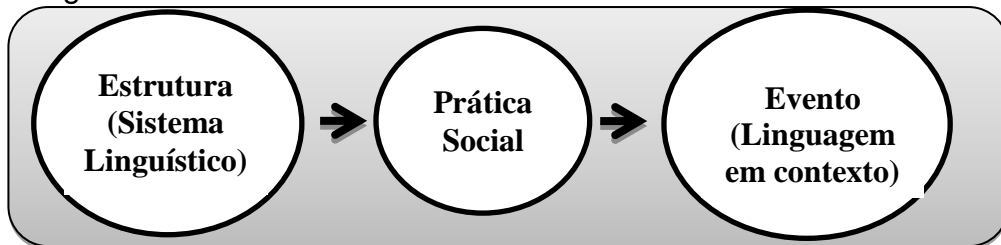
Resende e Ramalho são doutoras em Linguística pela Universidade de Brasília (UnB) e membros do Núcleo de Estudos de Linguagem e Sociedade (NELiS/UnB). No Brasil são referências no estudo e transmissão da ADC. A escolha do método de Fairclough para a nossa pesquisa foi justificada pelo fato dessa teoria “dá subsídio científico para estudos qualitativos que têm no texto o seu principal material de pesquisa.” (RESENDE; RAMALHO, 2011, p. 9).

⁵ A Análise de Discurso Crítica (ADC) é uma abordagem teórico-metodológica para o estudo da linguagem. Herdeira da Linguística crítica, tem como maior expoente o linguista britânico Fairclough. Sua obra visa contribuir tanto para a conscientização sobre os efeitos sociais de textos como para mudanças sociais que superem relações assimétricas de poder, parcialmente sustentadas pelo discurso. Os estudos de Bakhtin e Foucault exercem forte influência sobre a ADC. (RESENDE; RAMALHO, 2006)

Para que possa ser melhor compreendido quando apresentado na discussão dos resultados se faz necessário que exploremos alguns pontos importantes do método como “discurso” e “crítica”. Antes disso é necessário termos em vista que a ADC é uma abordagem científica interdisciplinar para estudos críticos da linguagem como prática social. Assim, seu uso pode ser articulado a outros métodos de análise. Por isso, em nosso estudo, a utilizamos como meio metodológico para análise dos dados ao passo que também usamos o referencial psicanalítico para lançarmos mão de uma série de entendimentos, compreensões e discussões teóricas.

O entendimento sobre o discurso é uma pedra basilar dentro da abordagem. Mas, para o compreendermos se faz necessário anteriormente discorrermos sobre o que a teoria apreende como Prática Social (PS). A ADC não pesquisa a linguagem como sistemas semióticos e nem como textos isolados, mas o discurso como um momento de Prática Social. Para melhor compreendermos é importante que visualizemos a gravura (Figura 1):

Figura 1- Prática Social e seu contexto



Fonte: Autoria própria, baseada na obra de Resende e Ramalho (2006; 2011).

A Prática Social é o momento entre a Estrutura (representando o sistema linguístico propriamente dito) e os Eventos (momento da linguagem como texto em contexto e situações específicas) (RESENDE; RAMALHO, 2011, ps.14 e 15). Dito de outro modo, a ADC não estuda só a Estrutura (sistema semiótico), nem apenas o Evento (texto), mas também a Prática Social, transitando, assim, entre os três níveis da linguagem. Práticas Sociais são então “(...) maneiras recorrentes, situadas temporal e espacialmente, pelas quais pessoas interagem no mundo.” (RESENDE; RAMALHO, 2011, p. 43). Ainda na PS temos um processo com relações dialéticas de três momentos internos: Gêneros, Discursos e Estilos. Gênero está relacionado com o tipo de linguagem ligado a uma atividade social. Por isso faz referência ao significado acional, relativo a modos de (inter) agir discursivamente. Discurso está

ligado a aspecto da realidade, articulado a maneiras particulares de representar o mundo. Assim, está relacionado ao significado representacional. O Estilo é um tipo usado por uma categoria particular de pessoas e em relação com sua identidade, fazendo analogias com as maneiras de identificar-se. Daí ser representado dentro do significado identificacional (Figura 2).

Figura 2 - Elementos da ordem do discurso e seus significados

Elementos de ordens do discurso	Significados
Gêneros	Significado Acional
Discursos	Significado Representacional
Estilos	Significado Identificacional

Fonte: Autoria Própria, baseada na obra de Resende e Ramalho (2006; 2011).

É a partir da gravura (Figura 2) e das conceituações dadas anteriormente que podemos entender a seguinte construção: “Representações particulares (discursos) podem ser legitimadas em maneiras particulares de ação e relação (gêneros), e inculcadas em maneiras particulares de identificação (estilos).” (RESENDE; RAMALHO, 2011, p. 52). Essa articulação é que representa a vertente crítica do método, situada nos problemas sociais relacionados ao poder como controle. É através da análise de discursos que podemos entender as contradições sociais e lutas pelo poder que levam, por exemplo, certos sujeitos a escolherem determinadas estruturas linguísticas, determinadas vozes e articularem de uma certa maneira, em meio a tantas outras possibilidades.

2.4 Procedimentos éticos

Os prontuários que foram analisados são fontes sigilosas de informações. Têm acesso ao seu manuseio apenas os estagiários, coordenadores do serviço e professores-supervisores. Diante desse fato, inicialmente enviamos o projeto de pesquisa para a apreciação do colegiado do curso de Psicologia e só com a aprovação dele foi que se deu continuidade ao processo de cadastro do projeto de pesquisa.

Submetemos a presente pesquisa ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Ceará (UFC), através do portal eletrônico da Plataforma Brasil. O projeto foi aprovado nos termos do parecer nº 1.520.402 e CAAE: 53570816.1.0000.5054.

2.5 Análise dos dados

Inicialmente os dados coletados nos 293 prontuários foram sistematizados, alguns em planilhas do Programa *Excel*, outros em eixos temáticos. Após esse processo, todos foram analisados à luz da ADC. Para ser mais compreensível, dividimos os resultados em quatro eixos. Conforme a discussão tocou em alguma categoria analítica do método ADC por nós identificada como relevante, esta foi apresentada, discutida e relacionada dentro do eixo. Categorias Analíticas são “formas e significados textuais associados a maneiras particulares de representar, de (inter)agir e de identificar(-se) em práticas sociais situadas.” (RESENDE; RAMALHO, 2011, p. 161).

Dentro do Significado Acional, ou seja, na ordem do Gênero, utilizamos a categoria analítica Intertextualidade. No Significado identificacional, referente ao Estilo, usamos a Avaliação e a Metáfora. Por fim, no Significado representacional, ligado ao Discurso, elencamos a Interdiscursividade como categoria selecionada para a análise. Na gravura abaixo (Figura 3) segue uma breve explanação para o melhor entendimento de cada uma delas.

Figura 3 - Categorias Analíticas e suas definições

ELEMENTOS DE ORDENS DO DISCURSO	CATEGORIAS ANALÍTICAS	DEFINIÇÃO DA CATEGORIA ANALÍTICA
Gêneros	Intertextualidade	Propriedade que têm os textos de serem cheios de fragmentos de outros textos
Discursos	Interdiscursividade	Heterogeneidade dos textos em termos de articulação de diferentes discursos
Estilos	Avaliação	Afirmações avaliativas, que apresentam juízo de valor
	Metáfora	Compreender uma coisa em termos de outra

Fonte: Autoria Própria, baseada na obra de Resende e Ramalho (2006; 2011).

Ao longo dos quatro eixos as Categorias Analíticas apareceram, mas sempre de forma situada e dialogada. Ainda como forma de tornar a discussão mais rica e representativa, utilizamos trechos de alguns registros dos prontuários analisados. Para manter o sigilo do usuário do serviço, o prontuário foi representado

pela letra “P” seguido do número referente à ordem do prontuário (Ex.: “P123”, referente ao 123º prontuário na ordem dos registros).

É importante pontuarmos que o nosso estudo analisou os textos como o “relato do relato”. Ou seja, não entramos em contato diretamente com os sujeitos e sim com seus prontuários. Assim, foi sob o discurso do estagiário, do que eles ouviam e registravam sobre os pacientes que lançamos nossa análise.

3 CAPÍTULO I

3.1 A Filosofia da Ciência ou da Filosofia à Ciência

Analisar os encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) a uma clínica-escola de Psicologia é, antes de qualquer outra coisa, um estudo de como se estrutura e se organiza tal política de saúde. A APS é definida como um nível de atenção que forma as bases para os demais níveis de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Deve representar o primeiro contato da população com serviços sanitários e, mais do que isso, os cuidados de saúde levados o mais próximo possível aonde as pessoas vivem e trabalham (OPAS/OMS, 1978).

Com as lutas e reformas no campo sanitário e com a ampliação da compreensão sobre saúde, o que temos, atualmente, é a prerrogativa que ela é um direito de todos e que ações promotivas e preventivas devem ser levadas o mais próximo das comunidades, atentando para o cuidado de forma integral e continuado. Mas antes mesmo de se resgatar as mudanças ocorridas, que são pano de fundo dessa nova concepção de saúde, cabe retomarmos como chegamos ao atual modelo de compreensão e explicação de todas as coisas, inclusive da própria saúde.

O homem sempre quis saber sobre sua origem, explicar e esclarecer o que acontecia ao seu redor. Da compreensão da diversidade da natureza, através da crença da intervenção de seres sobrenaturais, às explicações baseadas em forças (química ou física) (BACON, 2002) ou mesmo através da totalidade do modelo científico, ao necessitar explicar o funcionamento de todas as coisas através de seu método preciso e objetivo. Mito, filosofia, religião ou ciência: “O que os homens querem aprender da natureza é como empregá-la para dominar completamente a ela e aos homens.” (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 5).

Platão considerava que o melhor caminho para o conhecimento verdadeiro era o diálogo racional através da “dialética”, discussão de teses contrárias e em conflito objetivando chegar à ideia universal (CHAUÍ, 2000). Ainda para autora, Aristóteles considerou a dialética inadequada pelo fato de lidar com meras opiniões prováveis e definiu o procedimento filosófico-científico através da forma dedutiva e indutiva de raciocinar. Pela razão, pelo intelecto, partia-se das premissas para chegar a uma dedução formal incontestável. Mais de mil anos

depois, Bacon (2002) surge no contexto do século XVII, época do Renascimento, para romper com a filosofia de Aristóteles ao constatar que com tal modelo não se avançara muito, pois faltava um método. Bacon considerava que a ciência tinha que servir ao homem e já anunciava que ciência e poder se coincidiam.

Todavia foi Descartes, contemporâneo de Bacon, que com seu método cartesiano lançou os pressupostos do modelo científico tal como temos atualmente: “1º- Nunca aceitar nada como verdadeiro sem que conhecesse evidentemente como tal; 2º- Dividir cada uma das dificuldades que examinasse em tantas parcelas quanto fosse possível; 3º- Ordenar os pensamentos dos objetos mais simples a mais fáceis de conhecer até o conhecimento mais composto; 4º- Revisões, para ter certeza de nada ter omitido.” (DESCARTES, 2001, p. 23). Descartes não admitia ciência incerta e nem sabedoria fora da ciência, e anunciava desde então o poderio científico de dominação. Só ela sabia sobre a verdade das coisas.

Auguste Comte, já no século XIX, retomou as ideias de Descartes em alguns pontos, mas inovou com seu Positivismo. A ciência positiva é baseada no ver para prever, na ordem para se chegar ao progresso. Busca-se a universalidade. Define a ciência como a investigação do real, do certo, do que é indubitável (COMTE, 1978). A partir da matemática, modelo perfeito de ciência, opera-se o corte de que as causas não são importantes para a ciência. “A filosofia buscou sempre, desde Bacon, uma definição moderna de substância e qualidade, de acção e paixão, do ser e da existência, mas a ciência já podia passar sem semelhantes categorias.” (ADORNO; HORKHEIMER, 1985, p. 6). A reflexão pode pertencer à filosofia ou à religião, não à ciência.

E assim vemos se formar toda a conjuntura do modelo científico: método, objetividade, síntese, universalidade. E como anunciado anteriormente, chegamos ao ponto que a ciência se tornou o modelo autorizado, o válido para se explicar todas as coisas, das mais simples às mais complexas, dos grandes mistérios do mundo às atividades cotidianas da vida diária. É também o caso das práticas em saúde, que se representam como técnica fundamentalmente científica, com suas raízes fincadas nesse terreno de saber (CZERESNIA, 2003). O discurso da medicina, representante mais legitimador do discurso científico, tem o papel de legislar não mais apenas sobre a cura das doenças, mas sobre a correta forma de se viver. Buscou sempre vencer a doença, recuperar a saúde, tranquilizar a angústia frente ao desconhecido (CANGUILHEM, 2009), normalizar, homogeneizar.

Canguilhem (2009), filósofo e médico francês, em 1945, evidencia que a dimensão ontológica da doença é abandonada pela ciência e conseqüentemente pela medicina. Herdeira desse modelo positivista de ciência com a ideia do saber para agir, objetiva o estudo da doença para se voltar ao homem normal (CANGUILHEM, 2009, p. 38), sendo o autor um dos poucos que ousou questionar a existência, de fato, de uma linha tão fixa, certa e precisa, entre o que era considerado normal e o que era patológico. Enfrentou a tradição médica que privilegiava o normal e que reduzia qualquer tratamento a um restabelecimento de normalidade perdida (CAPONI, 2003). Considerava que a patologia era algo normal, uma vez que a experiência de ser vivo inclui o adoecer. Mais do que isso, em sua tese relativiza o conceito de saúde, pois a considera como a possibilidade de poder cair doente e se restabelecer.

Para Adorno e Horkheimer (1985), da escola de Frankfurt, corrente preocupada com a análise crítica dos problemas do capitalismo moderno (FREITAG, 1994), a ciência, que tanto luta para se diferenciar e se distanciar do mito, está fadada a nele se transformar. Isso decorre do fato de que ambos são feitos por homens. Assim como no mito de Édipo, a ciência, ao querer se distanciar de seu destino que envolve a subjetividade inerente ao homem, vai exatamente ao seu encontro, ainda que considere que esteja em um polo oposto.

Já que a medicina se autoriza como saber através do discurso científico, é inerente que também tenha se afastado da imaginação e sua linguagem se transforme cada vez mais em discurso racional. Para Foucault (1977), com a inauguração da medicina moderna no século XVIII não ocorreu uma mudança do que era considerado doença ou saúde. O que ocorreu foi uma mudança na forma de olhá-las. A pergunta agora se modificava, pois ao invés do “o que você tem?” passa-se a “onde lhe dói?”(p. 18). O doente e sua fala não contribuem, complicam. Ao médico, e somente a ele, cabe desvendar, proferir e narrar as verdades dos corpos adoecidos. O doente é o negativo da doença (FOUCAULT, 1977).

Esse é o período que antecede as reformas que ocorreram no campo da saúde. Movimentos que se basearam, entre outros aspectos, na crítica dessas concepções limitadoras e da centralização no saber médico como único modo de se fazer saúde. Veremos que com o desenrolar dos processos ocorridos chegamos a uma definição “positiva” de saúde, que ressonou na criação de estratégias tais como a de Promoção da Saúde e da Atenção Primária à Saúde.

3.2 Algumas considerações sobre a história do conceito de saúde

A conceituação ampliada da saúde, feita pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948, foi precursora de uma série de mudanças no campo sanitário. Através da máxima “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade” (WHO, 1948) amplia-se o conceito e sua participação cotidiana na vida das pessoas (MARCONDES, 2004).

Havia a necessidade de apontar, a partir da ampliação do entendimento, a insuficiência do modelo biológico e, com ele, a exclusividade do saber médico para responder aos processos saúde-doença. Mais do que isso, urgia a necessidade de reestruturar e, em alguns casos, implantar e ampliar os serviços de atenção à saúde, para melhorar o acesso da população e reduzir as iniquidades (LOPES *et al.*, 2010).

A nova definição foi alvo de contestações, pois tratava a saúde como algo ideal e inatingível (SCLIAR, 2007). No entanto, mesmo com as críticas, colocou em foco aspectos psicológicos e sociais que a saúde abarca e que até então não eram considerados. Em outras palavras, entram em cena as interações entre condições de vida e níveis de saúde da população, articulação apresentada e defendida na Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2002c). Em tal documento, gerado a partir da I Conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde, também é apresentada a Atenção Primária à Saúde (APS) a ser adotada como estratégia para a “saúde para todos no ano 2000”. Inaugura-se, portanto, um momento histórico que desembocará numa mudança de direção de extrema relevância a APS.

Para Starfield (2004), esse sistema envolve lidar com problemas mais comuns e menos definidos, a atenção é continuada ao longo do tempo e há a necessidade de serviços preventivos. Ainda para a autora, são quatro as responsabilidades do modelo de atuação: integralidade, acessibilidade, longitudinalidade e coordenação do cuidado. A integralidade exige que, sendo o primeiro nível de atenção, a estratégia reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-los. Além disso, a APS deve funcionar como um agente para a prestação de serviços que devem ser atendidos em outros lugares. A acessibilidade é um elemento estrutural para uma primeira atenção e vai além da garantia de aspectos geográficos e estruturais; envolve aspectos ligados à disponibilidade,

aceitabilidade, comodidade e custos acessíveis do sistema de saúde; busca que as barreiras, sendo elas das mais diversas ordens, sejam minimizadas, para que possa ocorrer o uso ideal do serviço. A longitudinalidade é o acompanhamento do paciente, conferindo a continuidade e a efetividade do tratamento ao longo do tempo, contribuindo dessa forma para a implementação de ações de promoção e de prevenção de agravos de alta prevalência. Por fim a autora apresenta a coordenação do cuidado como a responsabilidade de maior desafio dentro da APS, uma vez que o profissional desse nível de atenção deve estar ciente de todos os problemas do seu paciente em qualquer contexto em que estes apareçam, pelo menos no que se refere à saúde.

Dentro desse contexto também surge o conceito de Promoção da Saúde. O termo aparece inicialmente no Informe Lalonde⁶ (BRASIL, 2002c), no qual é apresentada uma definição de quatro eixos que compõem o campo da saúde: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde (SILVA, 2012). Para a autora, muito tem sido feito em prol da organização da saúde (4º eixo), mas investir nos outros três eixos (biologia humana, meio ambiente e estilo de vida) seria também essencial, pois são nesses que se concentram as principais causas de adoecimento e morte. O movimento em prol da “Promoção da Saúde” ganha força e em 1986 ocorre a I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na cidade de Ottawa, Canadá.

Na carta de Ottawa⁷ (BRASIL, 2002c) há a definição da promoção da saúde como sendo “o processo de capacitação na comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo”. O que se preconiza é que ela não seja de responsabilidade exclusiva do setor de saúde e que vá além de um estilo de vida saudável (LOPES *et al.*, 2010). Além disso, a promoção da saúde não deverá estar, por exemplo, localizada na Atenção Primária, somente. Não seria um nível específico de atenção e nem um programa, como bem define o Ministério da Saúde (2002a):

⁶ A divulgação de tal documento inaugurava o moderno movimento de Promoção da Saúde em Canadá. Foi considerado um marco de referência para o planejamento estratégico em saúde, dando ênfase para o campo da promoção da saúde (BUSS, 2003).

⁷ Documento fruto da I Conferência Internacional em Promoção da Saúde. Segundo Buss (2003) a carta de Ottawa “assume que a equidade em saúde é um dos focos da promoção da saúde, cujas ações objetivam reduzir as diferenças no estado de saúde da população, e no acesso a recursos diversos para uma vida mais saudável.” (BUSS, 2003, p. 25-26).

Deve ficar claro que a promoção da saúde não deve ser mais um nível de atenção, nem deve corresponder a ações que acontecem anteriormente à prevenção. Com esta compreensão não deve se constituir como mais um programa, mais uma estrutura organizacional. Ao contrário, se compõe de estratégias que se movem transversalmente em todas as políticas, programas e ações do setor saúde, numa integralidade em toda sua complexidade e singularidade social e individual. (BRASIL, 2002a, p.14).

Ainda pela Carta de Ottawa (BRASIL, 2002c), as ações sociais voltadas para a promoção de saúde devem seguir quatro diretrizes: integração da saúde como práticas de políticas públicas saudáveis, atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde, reorientação dos sistemas de saúde e ênfase na mudança dos estilos de vida. Como já antes mencionado, é essa a política que embasa as ações da saúde da realidade brasileira nos contextos atuais.

3.3 Reflexões sobre Promoção da Saúde e o bem-estar como ideal

A Promoção da Saúde surge como reação à acentuada medicalização da saúde, sendo pautada no trabalho de desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais favoráveis a uma vida mais saudável (BUSS, 2003), buscando fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais (CZERESNIA, 2003).

Na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010a) esta é definida como:

[...] uma estratégia de articulação transversal [...] visando a criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2010a, p.12).

No documento também é apresentado como uma das diretrizes o fortalecimento da participação social e, de forma especial, o empoderamento individual e comunitário (BRASIL, 2010a).

A política de saúde Nacional, ao incluir as pessoas e dar a elas responsabilidade particular por sua saúde, reduz o papel do Estado, reforça a individualização e acaba por produzir uma “culpabilização” do indivíduo que adoece, este que não sabe cuidar de si mesmo (CAMARGO JÚNIOR, 2007). Cada um cuida de si mesmo e busca sua “salvação”, no entanto não à sua maneira, através de um

modo específico de se buscá-la. Existe, na verdade, um ideal *a priori* sobre como ela deve ser.

Dentre as quatro diretrizes da estratégia de Promoção da Saúde, anteriormente mencionadas, a ênfase das ações recai na mudança de estilos de vida. A realidade é que a política tem se apresentado como um conjunto normativo (MARCONDES, 2004), sendo os modelos adotados inclinados para práticas de mudanças no comportamento e restritos à prevenção de doenças. Aqui claramente recai o peso da tradição da intervenção clínica e do paradigma biomédico (BUSS, 2003), mesmo que o intuito inicial seja se distanciar de tal modelo. O que parece ser um paradoxo, na verdade diz do caráter igualitário associado à política neoliberal e à especialização cada vez maior do saber. Por isso se faz necessário levar em consideração o envolvimento social e político que contextualiza a implementação da proposta de Promoção da Saúde. Para Carvalho (2009) é importante se ter em vista as influências e os impactos do neoliberalismo no contexto de saúde. Argumenta que segue de forma hegemônica um “modelo de organização dos serviços de saúde regido pela lógica de mercado e por práticas fragmentadas e ineficazes” (CARVALHO, 2009, p. 28), uma vez que as principais características de tal modelo político envolvem exatamente um padrão de organização estatal que tem como objetivo garantir o livre jogo do mercado e acumulação do capital. Saúde passa então para esfera de produto e não mais de um direito! Nas palavras do autor:

Dessa maneira, como uma sutil troca de sinais, o neoliberalismo busca transformar direitos em carências comprometendo no processo todo o arcabouço teórico e organizativo que vinha sustentando sistemas de proteção social de caráter universal e redistributivo. [...] Além de minimizar direitos sociais e políticos, o neoliberalismo produz um modo hegemônico de subjetivação que produz um “cidadão” que é, antes de tudo, um consumidor. Assim, busca transformar direitos em carências, ao passo que de cidadão passa a ser consumidor. (CARVALHO, 2009, p.24-25).

A tecnologia de regulação de estilo de vida já foi alvo de discussão por parte de Foucault (2014), no entanto, em um estudo feito da política de saúde do século XVIII. Em seus estudos o autor utiliza o termo “biopoder” para descrever esse poder sobre a vida, aquele que intervém regulamentando os fenômenos coletivos que podem atingir a população e afetá-la (POGREBINSCHI, 2004). Foucault (2014) identifica que as práticas higienistas eram os alvos da medicina naquele momento. E ali a medicina já era a fonte principal das tecnologias de disciplinamento. Com a Revolução Industrial a saúde entra em foco, mas com uma preocupação muito mais

da ordem de se manter o ritmo da produção através da manutenção de trabalhadores com corpos saudáveis. Em sua concepção, a Medicina moderna já nasce como uma medicina social, focando a cura dos “males da sociedade”. Bem antes de chegarmos à discussão e ampliação do conceito de saúde, já ali as condições sociais ambientais eram consideradas determinantes para a saúde. E também ali o serviço de saúde não era de cuidados médicos, mas de controle médico da população. Nesse estudo o autor ainda apresenta três modelos de Medicina Social do século XVIII. A medicina dos espaços urbanos, na França, era fortemente influenciada pela teoria miasmática e a compreensão do ar como fator patogênico. Assim, havia o controle da circulação do ar e da água, controle dos lugares de acúmulo e amontoamento que podiam provocar doenças. Foi, portanto, considerada uma medicina das “coisas”. Na Inglaterra, a Medicina da força de trabalho tinha o intuito de diminuir o conflito social e do trabalho. Aqui já se tinha a figura do médico do trabalho, preocupação com saúde ocupacional, mas com o intuito primeiro não de um serviço de cuidados médicos, mas de controle médico das populações. O indivíduo era antes de tudo um trabalhador que geraria lucro, daí a preocupação em mantê-lo saudável. Na Alemanha, com a Medicina de Estado, existia um sistema denominado de Polícia Médica. O Estado controlava a normalização da prática e do saber médico, que era um administrador da saúde e responsável por uma dada região. Esses três modelos influenciaram e ainda influenciam a Saúde Pública no Brasil.

Nessa medida, nos indagamos: de que maneira a Promoção da Saúde pode aparecer como atualização desses modelos de controle social dos corpos? Ao mesmo tempo, encontramos no próprio Foucault a constatação de que chegamos em um momento que não se trata mais da lei, mas da força da normatização. Nós identificamos, assim, que a Política de Promoção da Saúde arrasta consigo uma concepção já estabelecida de saúde. O que parece uma proposta inovadora em termos de apropriação coletiva da saúde por todos, se revela uma engrenagem de reforçamento do modelo biomédico de controle das políticas e dos corpos. Apenas não se precisa mais da figura da “polícia médica”, da autoridade com suas punições e imposições a nos obrigar a atentar para os cuidados em relação à saúde. Isso ocorre agora através do que o autor nomeou de poder disciplinar:

[...] O poder disciplinar é [...] um poder que, em vez de apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”: ou sem dúvida adestrar para retirar e se

apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo. (FOUCAULT, 2005, p.145).

Ele funciona de forma mais eficaz porque se exerce na forma de micropoderes, de micropolíticas. Atua por meio das normas produzidas, através dos emaranhados de saberes, técnicas e discursos científicos (SOUSA; MENESES, 2010). Ainda para os autores, tal poder tem a vigilância como um mecanismo de incidir sobre os corpos dos indivíduos, controlando seus gestos, sua aprendizagem, sua vida cotidiana. Daí chegar ao ponto de se internalizar tal vigilância. Nós passamos, então, a ser o administrador de nossos próprios riscos, os gestores da nossa saúde.

É nessa lógica que se insere atividades específicas nos Centros de Saúde da Família, por exemplo, para os chamados “grupos de risco”. Um dos exemplos dos grupos estabelecidos e buscados na epidemiologia é o grupo “hiperdia” que, além da dispensação de medicamentos, propõe mudanças nos comportamentos dos diabéticos e hipertensos. Um outro grupo, o de “gestantes”, ensina a viver uma boa gravidez e não causar risco para si e nem para o filho. Assim, a força geradora, com a ideia de promover saúde, passa a promover também uma gama de comportamentos considerados aceitáveis para cada um dos grupos manterem-se saudáveis. Para Camargo Júnior (2007):

[...] em torno da assistência à saúde gravitam a indústria farmacêutica, a indústria de equipamentos médicos, as instituições oficiais de formação de pessoal na área da saúde (universidades e suas faculdades de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Farmácia etc.), as empresas de seguro-saúde, ou de medicina de grupo e seus equivalentes, os vários tipos de serviços de saúde (hospitais, ambulatórios, clínicas etc.), públicos e privados, um setor da indústria de publicações (revistas, livros específicos das várias áreas disciplinares), instituições de pesquisa (não necessariamente universitárias), instituições alternativas de formação de práticas idem, praticantes de várias formas de terapia alternativa com ou sem reconhecimento do Estado. Todos a disputar legitimidade, poder, espaço político e recursos, buscando caracterizar para a população em geral e para auditórios técnicos específicos do próprio campo, potenciais usuários diretos ou indiretos dos bens e serviços que produzem, que estes são necessários e adequados no enfrentamento dos problemas de saúde, e mais, que são estes atores e instituições os capacitados a definir o quê é um problema de saúde. (CAMARGO JÚNIOR, 2007, p.68).

Todas as instituições e atores citados têm interesse que “necessidades de saúde” sejam cada vez mais legitimadas e produzidas para que o usuário,

convencido de que sofre de algum aspecto de sua saúde, procure por intervenções. Esse é um ponto muito forte e que merece destaque: naturalização das necessidades de saúde!

Para Medeiros, Bernardes e Guareschi (2005), a saúde em torno de suas relações de saber/poder não age sobre o indivíduo, mas sobre sua ação:

Assim, quando a saúde é definida como uma questão integral, plural, na ânsia de integrar, de tornar o sujeito indivisível, completo, não se está agindo sobre o indivíduo, mas sobre a relação, as ações que ele estabelece consigo e os outros em termos de cuidados e atenção integral. (p.264).

“Saúde é o que interessa” porque tudo é uma questão de saúde. Sua “nova concepção” nos permite uma vida sem privações. A disciplina e o esforço para se manter saudável trazem como ganho a felicidade (VIEIRA; BOSI, 2013). Para Furtado e Szapiro (2012) o atual conceito de saúde traz embutido, além do ideal de felicidade, o de qualidade de vida e de bem-estar. O mais perfeito bem-estar é o que procuramos!

Nós nos interrogamos sobre qual é a real possibilidade desse bem-estar que a ideologia da saúde sustenta. Mais do que isso, nos interrogamos sobre quais as implicações dessa ideologia sobre a vida dos sujeitos. Para Freud (1996b), os homens se esforçam para alcançar e preservar um estado feliz. Para definição do que entende como sendo felicidade se utiliza do conceito do princípio de prazer⁸, um modo de organização que se baseia não só na busca de prazer, mas na evitação do sofrimento. Contudo, para viver em sociedade e, mais que isso, para sobreviver com a segurança proporcionada pela vida social com suas regras, normas e limitações, sacrifica-se a realização de muitos dos desejos de cada um.

Freud (1996b) aponta como sendo três as principais formas de sofrimento para o homem: o mundo externo com sua força da natureza, da qual ele não tem domínio total, o relacionamento com os outros e o corpo, condenado a decadência. A ideologia do bem-estar não estaria nos levando mais para um estado de *mal-estar*? Há espaço nessa revolucionária forma de ver a saúde proposta pela política

⁸Para Freud (1996e) “Na teoria da psicanálise não hesitamos em supor que o curso tomado pelos eventos mentais está automaticamente regulado pelo princípio do prazer, ou seja, acreditamos que o curso desse evento é invariavelmente colocado em movimento por uma tensão desagradável e que toma uma direção tal, que seu resultado final coincide com uma redução dessa tensão, isto é, com uma evitação de desprazer ou uma produção de prazer.” (FREUD, 1996e, p.17). Ainda no texto *Mal-estar na civilização* Freud (1996b) identifica o propósito da vida humana como buscar intensamente o prazer e evitar o sofrimento, concluindo que o que define o propósito da vida é o princípio do prazer. O princípio do prazer, portanto, também está relacionado com a manutenção da vida.

de Promoção da Saúde para que isso seja posto e falado? Ora, por mais que se cuide da saúde uma hora o corpo vai nos abandonar. Irá adoecer, envelhecer, padecer... Além disso, todo o esforço dispensando na busca da saúde perfeita é uma imposição cultural. Tal bombardeio vem de diversas fontes, seja através dos médicos ao sempre prescreverem “dieta e atividade física” ou pelos meios de comunicação de massa, por veicular um imaginário de “saúde perfeita” através do consumo (CAMARGO JÚNIOR, 2003, p. 49-59).

Em linhas gerais, a mesma cultura que limita a possibilidade de se atingir a felicidade através da imposição de sacrifícios pulsionais da ordem do desejo também proporciona infelicidade ou mesmo mal-estar pela imposição de sacrifícios necessários para se atingir a saúde perfeita (ideal) e a busca do bem-estar. O quadro paradoxal que se constrói tem no corpo a dupla situação de ser ele uma via de mal-estar ao mesmo tempo de ser através dele que se busca constantemente por melhorias de condições de saúde.

Tal imposição tem total relação com a chamada “Medicalização da vida”, a apropriação dos modos de vida do homem pela medicina (GAUDENZI; ORTEGA, 2012). Ainda para os autores, o quadro montado é de uma influência grandiosa da medicina em todos os mais diversos campos do viver e da criação da necessidade de controle terapêutico, bem como do estabelecimento de nossas morais de conduta e da prescrição dos comportamentos aceitáveis. Para Camargo Júnior (2007) a medicalização pode ser compreendida como o ocultamento dos aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, por sua transformação em “problemas de saúde”. Tudo pode ser transformado em uma necessidade de saúde. Aponta ainda que os agentes que promovem a medicalização não são necessariamente médicos. Basta ser um que tente convencer que um dado evento é um problema de saúde e que há uma solução confiável, legítima e científica para ele.

É nesse sentido que crianças “agitadas” se transformam em hiperativas, sujeitos enlutados estão obrigatoriamente depressivos e pessoas acima do peso são doentes em potencial.

Tais cenas de controles dos corpos, já anteriormente apontados por Foucault, continuam a se atualizar nas ações de promoção da saúde, sobretudo quando são utilizadas com o intuito de conduzir e normatizar indivíduos e visando controle de riscos em saúde e de todos os índices, taxas e coeficientes positivos que tais ações podem gerar numericamente.

Toda a discussão travada até aqui teve o intuito de nos levar às questões de origem e desenvolvimento do modelo científico, para nos permitir identificar diversos paralelos presentes na forma de como muita coisa é vista, entendida, lida e aceita. As práticas de saúde, técnicas fundamentalmente científicas, continuam primando pela exclusão da subjetividade. Tendo todo esse contexto em vista e voltando-se para o nosso objeto de estudo, começa a se tornar compreensível o lugar que ocupam os casos de saúde mental dentro da rede de assistência e a relação com as clínicas-escola de Psicologia. A própria incongruência se inicia com o uso do termo, por segregar o “mental” da saúde. Será sobre esse campo de discussão que agora iremos nos focar.

3.4 Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde

Tendo como foco perceber a relação entre serviços e redes de assistência (SPA e APS) e, de forma especial, atentar para os casos de saúde mental que chegam inicialmente à APS, existe um percurso rico de documentos normativos do Ministério da Saúde a percorrer. Retomaremos brevemente a discussão sobre Promoção da Saúde e Atenção Primária à Saúde para nos focarmos em alguns aspectos dessas políticas que nos serão caros posteriormente.

Na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2010a) um aspecto muito pontuado é a compreensão ampliada da saúde, uma vez que esta é identificada a partir de determinantes e condicionantes: “modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.” (BRASIL, 2010a, p. 17).

Ainda na Política é apresentada, em linhas gerais, a importância de reconhecer na Promoção da Saúde uma ferramenta fundamental da busca de equidade, a necessidade de estimular ações intersetoriais e, sobretudo, enfoca a relevância do fortalecimento da participação social, objetivando ampliar a autonomia e corresponsabilidade de sujeitos e coletividades. Ainda é pautado como fundamental o estímulo à inserção de ações de Promoção da Saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na dita Atenção Básica.

A “Atenção Básica” está entre as agendas prioritárias do Ministério da Saúde, uma vez que é o eixo estruturante do SUS (BRASIL, 2014). Além de uma

estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde nos quais representa o primeiro nível de atenção, é um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais aí inseridos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Pela Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012), este nível de atenção deve ser desenvolvido com mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Tem como princípios norteadores a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social.

Dentro de nosso tema de estudo, alguns aspectos da Atenção Primária são pertinentes de uma maior reflexão e conceituação: as diretrizes que tratam da longitudinalidade, integralidade e a função da coordenação do cuidado. No documento, a longitudinalidade é apresentada como:

A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários [...] (BRASIL 2012, p.21).

A integralidade exige que se reconheça adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilize os recursos para abordá-los. Além disso, deve funcionar como um agente para a prestação de serviços que devem ser atendidos em outros lugares (STARFIELD, 2004). É à luz dessa diretriz, inclusive, que se afirma que os cuidados aos sujeitos com transtornos mentais devem ocorrer no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF) como forma de afirmação da integralidade do cuidado em saúde mental (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011). Outros estudos (HIRDES; SCARPARO, 2015) apontam que o Apoio Matricial, que será discutido mais adiante, é também uma ferramenta possibilitadora da integralidade. Já a coordenação do cuidado está pautada no “elaborar, acompanhar e gerir projetos terapêuticos singulares, bem como acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS [Redes de Atenção a Saúde]” (BRASIL, 2012, p. 26).

A fragmentação e a descontinuidade assistencial, no entanto, ainda são realidade nos serviços públicos de saúde no Brasil. Estes se responsabilizam pelos usuários apenas enquanto estão dentro de seu espaço físico - nem antes de

entrarem nem depois de saírem, e pouco contribui para a responsabilização sanitária territorial das populações (CUNHA; CAMPOS, 2011). Esses serão pontos que nortearão nossas observações *a posteriori*.

Ainda que se tenham evidências da atuação benéfica da “Atenção Básica”, sabe-se que grandes são os seus desafios. Assim, a APS tem a Estratégia Saúde da Família (ESF) como eixo estruturador de seu desenvolvimento e da sua expansão pelo Brasil, sendo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada. Também nomeadas como equipes de referência e constituídas a partir de uma equipe multidisciplinar (composta por médico, enfermeiro, agente comunitário de saúde, técnico e auxiliar de enfermagem), apresenta como proposta que pessoas se responsabilizem por pessoas e não por atividades e processos (BRASIL, 2010b). Preconiza a corresponsabilização entre equipe e população assistida, em consonância com a proposta de Promoção da Saúde.

O fato é que mesmo contando com uma equipe mínima, grandes e diversas são as demandas e nível de complexidade das situações que chegam ao Centro de Saúde da Família (CSF). Isso é positivo, pois aponta que de fato a unidade se apresenta como porta de entrada das mais variadas situações de saúde, no entanto esbarra nas limitações de diversas ordens da possibilidade da equipe mínima conseguir dar conta de toda essa gama de casos. Dentro desse contexto, no ano de 2008 o Ministério da Saúde criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), “com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da AB, bem como sua responsabilidade” (BRASIL, 2012, p. 69). O NASF segue as diretrizes da APS: ação interdisciplinar e intersetorial, educação em saúde, integralidade, territorialidade, equidade, participação social, humanização e promoção da saúde (HORI; NASCIMENTO, 2014). O núcleo é formado por profissionais de diferentes profissões ou especialidades que formam equipes multiprofissionais e devem atuar de maneira integrada e apoiando os profissionais das equipes de ESF e da “Atenção Básica” (BRASIL, 2014). Por meio de compartilhamento de saberes se espera a ampliação da resolutividade. Na verdade as equipes de NASF passam a ter dois tipos de responsabilidades: população e equipes de Saúde da Família. A equipe tem ainda nove áreas estratégicas de atuação, sendo a Saúde Mental (SM) uma delas, “tendo em vista a magnitude epidemiológica dos transtornos mentais” (BRASIL, 2008).

Na qualidade de “porta de entrada” é esperado que questões em Saúde Mental sejam recorrentes na APS. Arelado a isso temos a mudança do modelo de atenção em saúde mental, fortemente marcado pela ampliação e qualificação dos cuidados às pessoas com transtornos mentais nos serviços, com base no território (BRASIL, 2010b).

Ainda nos cadernos de Atenção Básica- NASF (BRASIL, 2010b) é apresentado que 56% das equipes de Saúde da Família referiram realizar alguma ação de saúde mental, sendo a depressão e a ansiedade as situações de sofrimento subjetivo mais recorrentes na AB, segundo estudo da OMS em 2001. Já no Caderno de Atenção Básica- Saúde Mental (2013), documento mais recente, é apresentado que 1 a cada 4 pessoas que procuram a AB tem algum transtorno mental segundo a décima edição da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID 10). O documento ainda apresenta uma importante discussão sobre sofrimento subjetivo ao nortear o enfoque nas pessoas que sofrem e não nas doenças: “São os que sofrem sem estar doentes que lotam as agendas da AB e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e de ansiedade.” (BRASIL, 2013, p. 89). Sofrimento não é doença, mas afirmar que alguém não está doente não significa dizer que ela não necessita de cuidado.

Diante desse contexto, é compreensível porque um dos eixos de atuação do NASF esteja relacionado com a Saúde Mental. Entretanto, os documentos do Ministério sobre a atuação do NASF apontam que o atendimento individual deve ocorrer apenas em último caso e que o ideal é que ocorram ações clínicas compartilhadas entre NASF e Equipe de Saúde da Família. O Apoio Matricial (AM) também é uma prerrogativa basilar da atuação do NASF:

O apoio matricial é um arranjo técnico assistencial que visa à ampliação da clínica das equipes de SF, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes de SF e SM, com a construção de vínculos entre profissionais e usuários, pretendendo uma maior resolutividade na assistência em saúde [...] (BRASIL, 2010b, p.36).

A questão que se apresenta, contudo, é que mesmo com os avanços da atuação da APS nos casos de saúde mental, da presença das equipes de NASF apoiando em tais situações, do êxito das ações de matriciamento, ainda é constatado que o encaminhamento e a descontinuidade da atenção de tais casos são as práticas mais recorrentes. Pelo menos é essa a realidade do Serviço de

Psicologia Aplicada do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará, *Campus* de Sobral-CE. Os casos que chegam ao serviço via APS só perdem para os casos chegados por meio de demanda espontânea. Nesse momento se faz necessário recorrermos aos estudos existentes sobre a temática para ampliar e fundamentar tal discussão.

3.5 Produções científicas sobre Saúde Mental e APS

Com o intuito de ampliar o escopo de discussão sobre a temática ora apresentada, se realizou uma pesquisa bibliográfica nos periódicos Revista de Saúde Pública (Qualis A2), Cadernos de Saúde Pública (Qualis A2), Ciência & Saúde Coletiva (Qualis A2) e Physis (Qualis B2) para delimitar o estado da questão. A busca foi realizada especificamente nesses periódicos dado o grau de alcance e credibilidade que possuem. Retomamos que o intuito trata por pensar a Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde e a prática do encaminhamento, de forma mais específica, os encaminhamentos feitos ao serviço-escola de Psicologia. Dessa forma, inicialmente foi realizada uma pesquisa das produções dos últimos dez anos utilizando como descritores “Atenção Básica”, Saúde Mental” e “Encaminhamentos”. Já que no Brasil considera-se os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” como equivalentes, a pesquisa foi repetida alterando Atenção Básica para Atenção Primária à Saúde. As duas buscas não apresentaram nenhum registro. Pensando em se ampliar a pesquisa e, mais do que isso, pensando que seria importante conhecer a realidade de tal nível de atenção e a relação com o campo da Saúde Mental é que se realizou a pesquisa com os descritores “Atenção Básica” e “Saúde Mental”, o que apresentou 27 artigos. De igual forma foi feito com os descritores “Atenção Primária à Saúde” e “Saúde Mental” com o total apresentado de 22 artigos. Excluindo-se os estudos que se repetiam e selecionando aqueles que tratavam de forma mais pertinente sobre a discussão da Saúde Mental nesse nível primário de atenção a saúde, foram selecionados 17 artigos (Tabela 1).

Tabela 1 – Artigos selecionados sobre Saúde Mental na APS

TÍTULO DO ARTIGO	AUTORES/ANO
1- Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: estudo avaliativo	CAMPOS, R.O.; GAMA, C.A.; FERRER, A.L.; SANTOS, D.V.D.; STEFANELLO, S.; TRAPÉ. T. L.; PORTO, K./2011

em uma grande cidade brasileira	
2- Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto-juvenil	DELFINI,P.S.S.; REIS, O. A.R/ 2012
3- Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial	QUINDERÉ, P. H. D.; JORGE M.S.B.; NOGUEIRA, M.S.L.; COSTA, L.F.A.; VASCONCELOS, M.G.F./ 2013
4- Apoio Matricial: um estudo bibliográfico	IGLESIAS, A.; AVELLAR, L. Z./ 2014
5- Atenção à saúde mental na rede básica: estudo sobre a eficácia do modelo assistencial	AMARAL, M. A. / 1997
6- Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde	ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S.; FERRER, A.L.; CORRÊA, C. R. S.; MADUREIRA, P. R.; GAMA, C.A; DANTAS, D. V.; NASCIMENTO, R./ 2012
7- A práxis da saúde mental no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado	ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. S.;LIMA, M. G./ 2011
8- O processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica	ZAMBENEDETTI, G. PERRONE, C. M./ 2008
9- Desafio para a atenção básica: incorporação da assistência em saúde mental	TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L./ 2006
10- O labirinto e o Minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde	HIRDES, A.; SCARPARO, H. B. K./ 2015
11- O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde	BRÊDA, M. Z.;AUGUSTO, L. G. S./ 2001
12- O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil	HORI; A. A.; NASCIMENTO, A. F./ 2014
13- A inserção da Psicologia nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família	LEITE; D. C.; ANDRADE, A. B.; BOSI, M. L. M./ 2013
14- Saúde Mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local	SILVEIRA, D. P.; VIEIRA, A. L. S./ 2009
15- Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde: avaliação sob a ótica dos usuários	FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L./ 2014
16- Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?	CAMPOS, R. O.; FIGUEIREDO, M. D./ 2009
17- Onde está a criança? Desafios e obstáculos ao apoio matricial de crianças com problemas de saúde mental	CAVALCANTE, C. M.; JORGE, M. S. B.; SANTOS, D. C. M./ 2012

Fonte: Autoria Própria

Os artigos lidos e analisados apresentaram vários aspectos em comum, embora alguns com aspectos particulares. Com o intuito de maximizar o foco no estudo da temática escolhida (Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde), os textos passaram pela Análise de Conteúdo Temático (BARDIN, 2011) a partir das três etapas: Pré-análise, Exploração do Material e Tratamento dos resultados e interpretação. As categorias temáticas construídas foram: Saúde Mental na APS, Relação entre as Equipes e Dificuldades.

3.5.1 Os achados sobre Saúde Mental na APS

De forma geral todos os textos apresentam discussões sobre ampliação do conceito de Saúde, Movimento da Reforma Psiquiátrica, luta antimanicomial e a busca pela desinstitucionalização da atenção à Saúde Mental. Dessa maneira foi frisada a crítica à assistência psiquiátrica tradicional e os esforços na tentativa de implantações de modelos substitutivos de atuação e o deslocamento do cuidado da instituição para a comunidade. Nessa medida, de forma maciça apontaram a APS como uma solução, uma estratégia, um lugar privilegiado e o melhor caminho para a atenção e reinserção das pessoas em sofrimento. Para Iglesias e Avelar (2014), devido a sua característica de proximidade com o território, famílias e comunidades, a “Atenção Básica” pode favorecer uma nova lógica de relação e acolhimento a tais sujeitos. A ideia aparece na declaração de Caracas (BRASIL, 2002b), documento da OMS fortemente mencionado nos estudos. Assim, o que tem sido feito para que esse espaço se realize de fato? Retomaremos essa questão.

A referência à integralidade como diretriz da APS também foi fortemente mencionada como justificativa para que ações em Saúde Mental ocorram nesse nível de atenção:

A inserção de prática em Saúde Mental na Atenção Primária evidencia a busca da regionalização e redirecionamento do cuidado, numa perspectiva de atenção integral e humanizada aos sujeitos, em articulação com profissionais e serviços já inseridos nos territórios. (ARCE; SOUSA; LIMA, 2011, p.542).

A integralidade, embora também esteja relacionada com ações integrais em saúde, está ainda diretamente imbricada com a dimensão do cuidado; o cuidar como uma ação que deve ser integral. Isso se traduz também em tratamento digno, respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo (GUIZARDI; PINHEIRO, 2008).

Ademais, os estudos apresentaram dados dos altos índices de demandas em Saúde Mental recorrente na APS, também como relevância para se aprofundar as relações entre essas esferas.

3.5.2 *Os achados sobre Relação entre as Equipes*

Grande parte dos estudos analisados tratavam de pesquisas qualitativas realizadas por meio de entrevistas com o intuito de investigar, sondar, avaliar ações de Saúde Mental na APS. Dessa forma, a relação estabelecida entre as equipes de Saúde da Família (Equipes de Referência) e as equipes de Saúde Mental (Especialistas) apareceram de forma destacada, sinalizando um aspecto importante a ser debatido. A respeito da conformação das equipes, todos os estudos partiam da Equipe de Saúde da Família. A equipe de especialistas foi que variou em relação a sua composição e disposição na rede de saúde. Em maior número apareceram as equipes de NASF como apoiadoras e realizando matriciamento dos casos em saúde mental junto às equipes de referência. Em seguida, vieram as equipes de Saúde Mental, mas que não realizavam apoio matricial (Centro de Apoio Psicossocial-CAPS, atendimentos psiquiátricos ou psicológicos, outros serviços de saúde mental dos municípios). Dois estudos ainda apresentaram a equipe de apoiadores como sendo o próprio CAPS e realizando o trabalho de matriciamento. Em um caso em particular não tinha equipe de saúde mental nem ao menos para fazer encaminhamento e o outro não apresentou, pois se tratava de um estudo bibliográfico.

Mesmo nas equipes que contavam com o apoio matricial as relações foram consideradas de pouco entrosamento, de lacuna entre as duas equipes, havendo até situações de poucos diálogos e articulação. As equipes de Saúde da Família são acusadas de serem resistentes à discussão em saúde mental, algumas considerando o Apoio Matricial até mesmo como uma imposição da gestão (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009). Nos estudos em que a equipe de Saúde Mental não era matriciadora, foi fortemente apresentando o encaminhamento como única relação exercida. Algumas situações ainda eram classificadas como “passa e repassa” (DELFINI; REIS, 2012), pois, na medida em que se era feito o encaminhamento para a atenção especializada, essa o fazia de volta. Aqui a desresponsabilização estava no cerne das ações tomadas e denunciou a falta de

comunicação e a fragmentação no cuidado à saúde. Deflagrou, ainda, que a almejada integralidade na APS, anteriormente citada, ainda é uma realidade distante.

3.5.2.1 Apoio Matricial

Pela cartilha da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004) o Apoio Matricial é tido como um arranjo na organização dos serviços que complementa as equipes de referência:

Já que a equipe de referência é **A** responsável pelos **SEUS** pacientes, ela geralmente não os encaminha, ela pede apoio. A quem a equipe de referência pede apoio? Tanto aos serviços de referência/especialidade (e/ou aos especialistas isolados) quanto a outros profissionais que lidam com o doente. (BRASIL, 2004, p.12, grifo do autor).

Embora nossa pesquisa tenha sido realizada sem utilizar o descritor “Apoio Matricial” ou “Matriciamento”, este apareceu de forma recorrente nos estudos selecionados, daí considerarmos ser importante colocá-lo na forma de um subtópico da categoria Relações entre as Equipes. Tal dado apontou para o fato do Apoio Matricial (AM) ser considerado, hoje, a alternativa mais viável e de maior credibilidade para se trabalhar Saúde Mental na APS. Na verdade isso é reflexo do fato do AM ser também um dispositivo em SM na APS que recebe grandes investimentos, além de ser um arranjo da atual gestão de saúde. Uma grande parcela das pesquisas analisadas trouxe definições e discussão sobre AM. E mesmo os estudos que não fizeram menção ao termo⁹ de forma direta, apontaram para a importância de especialistas em Saúde Mental, para dar suporte à equipe de referência ou a necessidade de equipe multidisciplinar nesse nível de atenção. Entre as muitas definições apresentadas concordamos em especial com Figueiredo e Campos (2009) a respeito da força de subversão que o AM tem quando apontam que esta seria:

[...] uma ferramenta para agenciar a indispensável instrumentalização das equipes na ampliação da clínica, subvertendo o modelo médico dominante que se traduz na fragmentação do trabalho e na produção excessiva de

⁹ Alguns dos estudos analisados foram escritos/publicados antes da adoção do termo e proposta da ação feita por Gastão Wagner Campos em 1999 (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009).

encaminhamento, muitas vezes desnecessário, às diversas especialidades. (FIGUEIREDO; CAMPOS, 2009, p.130).

Importante ainda que o AM vá para além de uma reunião em que são discutidos, entre equipe de referência e equipe apoiadora, os destinos dos casos que tratam de saúde mental. Matriciamento em saúde mental envolve atendimento individual compartilhado entre profissionais, visitas domiciliares, educação em saúde, dentre outras ações que envolvam corresponsabilização entre Equipe de Referência e Equipe Apoiadora. Deve ser, inclusive, o lugar onde para além do problema dos sujeitos possa se trabalhar até mesmo as questões das equipes.

Uma vez que a fragmentação, o encaminhamento e a desresponsabilização teimam em se reinscrever nas práticas das redes de saúde, é importante acreditarmos que a AM, apesar da dificuldade de sua efetiva implantação, pode aparecer nesse cenário como caminho para a corresponsabilização e cuidado integral em saúde.

3.5.3 Os achados sobre as dificuldades de lidar com a SM na APS

Todos os estudos apresentaram discussões referentes a uma gama de dificuldades mediante o trato de Saúde Mental na APS. Entre as dificuldades mais recorrentes elencamos, por ordem de vezes que se repetiram nos estudos: falta de capacitação dos profissionais, falta de articulação entre as equipes e redes de saúde, centralização da medicalização e escassez de profissionais.

Os estudos apresentaram uma dificuldade identificada, e muitas vezes admitida, dos profissionais das Equipes da Saúde da Família em lidarem com casos tidos como de Saúde Mental. A questão foi apresentada no misto de não terem, por um lado, formação e, conseqüentemente, capacitação para trabalharem tais questões e, por outro, de apresentarem resistência para tal prática. Esse aspecto está totalmente relacionado com a outra dificuldade fortemente apontada: Centralização da Medicalização. As discussões anteriormente apresentadas, sobretudo pelos documentos do Ministério da Saúde, a respeito da ampliação do conceito de saúde, promoção da saúde e mesmo a proposta da Estratégia de Saúde da Família, pautada no trato de pessoas com pessoas e não de pessoas em doenças ainda resistem na forma de se fazer saúde no país. Perdura a medicalização dos sintomas, dos problemas sociais, da vida. Para Camargo Júnior

(2007) a medicalização pode ser compreendida como o ocultamento dos aspectos usualmente conflitivos das relações sociais, por sua transformação em “problemas de saúde”. Trata-se, como apresentado nos Cadernos de Atenção Básica-Saúde Mental (BRASIL, 2013), da tentativa de tratar um sofrimento como doença. Daí o uso de medicação.

A escassez de profissionais e a precariedade das situações de trabalho também são importantes sinalizadores das limitações a que passam os profissionais da APS. Para não se cair na rasteira tendência de culpabilizá-los, resta lembrar que também são vítimas desse processo, também sofrem psiquicamente, também são medicalizados e silenciados em sua dor.

Por fim, resta mencionarmos que a dificuldade apontada como falta de articulação entre as equipes e redes de saúde está em total consonância com a cultura fortemente enraizada dos encaminhamentos, do “manda pra lá” e “manda pra cá”, configurando uma verdadeira “empurroterapia” (ZAMBENEDETTI, PERRONE, 2008).

Norteados por tais discussões, percebemos como lacunas dos estudos dessa relação entre Saúde Mental e APS a necessidade de uma análise mais minuciosa dos encaminhamentos, da necessidade de fortalecimento entre as equipes e da centralidade dada à Medicalização dos sofrimentos.

4 CAPÍTULO II

4.1 Serviços-escola de Psicologia: uma revisão de literatura

Diante da centralidade que tem a discussão sobre clínicas-escola dentro da pesquisa proposta, considerou-se também importante uma revisão bibliográfica dos estudos sobre a temática. Assim, foi realizada entre os meses de julho a dezembro de 2015 uma busca das publicações dos últimos dez anos nos seguintes sites de banco de dados: Scielo, Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), Lilacs e Indexpsi. As palavras-chave utilizadas foram “clínica-escola” e “psicologia”. Foram excluídas as teses e dissertações e através da leitura dos resumos foram descartadas produções que se propunham a uma discussão com foco em uma determinada abordagem (psicanálise, psicoterapia breve) ou sobre transtorno específico (enurese, por exemplo). Também foram excluídos estudos que tratavam da experiência de estágio ou supervisão e outros que se distanciavam do foco da pesquisa, qual seja, as discussões sobre a função das clínicas-escola.

Foram selecionados 27 artigos no total. Ao iniciar o processo de leitura dos mesmos, contudo, foi identificado que desde 2009 algumas clínicas-escola têm mudado a nomenclatura para serviços-escola numa discussão de que esse termo melhor se adequa, uma vez que os atendimentos nesses locais se ampliaram para além da psicoterapia mais tradicional, dando uma ênfase crescente a trabalho preventivo (BOAZ; NUNES; HIRAKATA, 2012). Esse será um ponto de discussão sobre o qual nos debruçaremos mais adiante. O fato é que de posse dessa informação uma nova pesquisa foi realizada, no mês de setembro de 2015, nos mesmos sites de banco de dados, mas utilizando agora as palavras-chave “serviço-escola” e “psicologia”. Vale ressaltar que a pesquisa foi mais limitada e com menor número de achados uma vez que “serviço-escola” não é um descritor da BVS. Nesse novo processo sete novos estudos foram incluídos, totalizando 34 artigos selecionados para serem analisados.

Os artigos foram lidos e separados por eixos temáticos. No total cinco eixos foram construídos, como mostra a figura (Tabela 2). Os cinco eixos elencados foram: 1. Caracterização da clientela, 2. Formação em psicologia/estágio na clínica, 3. Procedimentos realizados na Clínica-escola, 4. Demandas/Queixas, 5. Efeitos do tratamento. Quase todos os eixos se dividiram em subtópicos.

Tabela 2- Caracterização dos artigos analisados em eixos e quantificação numérica

EIXO 1 - Caracterização das clínicas-escola	Número de artigos	Total de Artigos do Eixo
<i>1.1 Caracterização de toda a clientela</i>	10	17
<i>1.2 Caracterização do público infantil</i>	3	
<i>1.3 Caracterização de outros grupos específicos (adolescentes e adultos do sexo masculino)</i>	2	
<i>1.4 Estudos de revisão de literatura sobre clínica-escola</i>	2	
EIXO 2- Formação em psicologia/estágio na clínica	Número de artigos	Total de Artigos do Eixo
	2	2
EIXO 3- Procedimentos realizados nas clínicas-escola	Número de artigos	Total de Artigos do Eixo
<i>3.1 Triagem</i>	3	8
<i>3.2 Plantão Psicológico</i>	3	
<i>3.3 Grupos</i>	1	
<i>3.4 Orientação Profissional</i>	1	
EIXO 4- Demandas/Queixas	Número de artigos	Total de Artigos do Eixo
<i>4.1 Queixa Escolar</i>	6	7
<i>4.2 Outras Queixas</i>	1	
EIXO 5- Efeitos do tratamento	Número de artigos	Total de Artigos do Eixo
<i>5.1 Abandono/Desistência</i>	1	2
<i>5.2 Efeitos Terapêuticos</i>	1	
TOTAL DE ARTIGOS		34

Fonte: Autoria Própria

A partir das leituras dos estudos por eixo elencamos alguns pontos importantes a serem coletados, tais como: finalidade da clínica-escola/serviço-escola, perfil da clientela, queixas, encaminhamentos, abandono/desistência. A análise final gerou quadros de notas de cada eixo com os pontos acima mencionados. Mais do que uma categorização, o intuito era organização das ideias vislumbrando o processo de análise dos dados coletados. Essa forma de análise culminou na construção das seguintes categorias temáticas: “*Caracterização das clínicas-escola: Conhecer a clientela para melhor se adaptar?*”, “*Encaminhamentos,*

Queixas e Abandono: o que (não) dizem as entrelinhas”; *“Clínica-escola x Serviço-escola: A clínica não morreu*”. Essas serão mais do que norteadoras, serão a base para a análise dos estudos que seguem.

4.1.1 Caracterização das clínicas-escola: Conhecer a clientela para melhor se adaptar?

A clínica-escola em Psicologia se configura como sendo um ambiente associado a uma instituição de ensino, no qual o aluno completa sua formação ao realizar a prática clínica, sob a orientação de um professor supervisor (GAUY; FERNANDES, 2008). Sua implantação é prevista pelo parecer 403/62 que criou a profissão do psicólogo e que pela lei 4.119/62 foi regulamentada, ficando prevista a organização de serviços clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho orientado e dirigido pelo Conselho dos Professores do curso, abertos ao público, de forma gratuita ou remunerada.

Muitos dos estudos lidos fizeram referência à legislação acima, além de a apresentarem de forma unânime como tendo dupla função: aprendizagem clínica dos estudantes e prestação de serviço à comunidade. A ênfase dos estudos, contudo, focava mais nesse segundo aspecto. Dos 17 artigos do primeiro eixo, nove trouxeram como justificativa de suas pesquisas a necessidade de conhecer a clientela do serviço com o intuito de “adaptar” a oferta à demanda da população e abordavam a necessidade de conhecer o perfil do público atendido para melhor adequar as ações do serviço (VIVIAN; TIMM; SOUZA, 2013; MARAVIESK; SERRALTA, 2011; BORSA *et al.*, 2013; JUSTEN *et al.*, 2010). O serviço é tido como um retorno social da faculdade, garantindo atendimento psicológico majoritariamente para um público de baixo poder aquisitivo.

O fato é que a legislação apresenta que o objetivo principal desses espaços é atender à necessidade primeira de formação nos cursos de Psicologia e, como consequência, adquirem um papel social importante. Chamou atenção os textos ressaltarem a necessidade do serviço “se adaptar” ao público, uma vez que mais do que adaptação deve-se fazer uma leitura do que esse perfil que mais surge e procura atendimento pode estar sinalizando. A estranheza maior talvez se deve ao fato de que a clínica-escola que temos como referência, local onde foi realizada a pesquisa, não funcione, como muitos dos estudos analisados, vinculados ao

Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, como um serviço regularizado pelo sistema de saúde local. Pelo Regimento Interno do Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Ceará, Campus Sobral (UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011) o que temos é que “[...] a Coordenação administrativa, a Coordenação acadêmica e os supervisores de estágio integram uma comissão, denominada de Núcleo Gestor, que orienta, discute, delibera e supervisiona as atividades realizadas neste serviço” (p. 9). Existe parceria com o sistema de saúde do município, assim como existe com as redes de educação, assistência social, na medida que “[...] serão considerados usuários dos serviços do S.P.A. qualquer pessoa que por iniciativa própria e/ou por encaminhamento busque o atendimento psicológico”(UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2011, p. 13). A coordenação do serviço, no entanto, pertence à Universidade.

Não concordamos com essa necessidade de caracterizar a clientela “para direcionar as modalidades de atendimentos e diminuir a evasão” (VIVIAN; TIMM; SOUZA, 2013), “delinear ações para possibilitar correções na extensão e no ensino” (MARAVIESK; SERRALTA, 2011) ou em “ter serviços mais adequados e eficazes para a população que delas utiliza” (CAMPEZZATO; NUNES, 2007). Não compartilhamos dessa visão se essa vontade de “melhorar o serviço” não passar de uma repetição que virou lugar comum, da mesma linha que se critica a formação e os modelos de atuação do psicólogo, sem que antes se tenha feito o exercício do olhar mais apurado. Dessa forma, uma fila de espera na clínica-escola de Psicologia deflagra ineficiência do serviço ou sinaliza para o fato de que as demandas em SM são negligenciadas em outros espaços de atendimento à saúde? Ademais, cabe ainda nos questionarmos a respeito de vários aspectos: quem está criando tanta demanda? Porque estamos sofrendo tanto? Porque o público que mais procura o serviço na vida adulta são as mulheres? E ainda, o fato de ser a escola a instituição que mais encaminha crianças não é carregado de sentidos?

Os estudos apresentaram que na fase adulta o público feminino é o que mais procura o serviço (MARAVIESK; SERRALTA, 2011; JUSTEN *et al.*, 2010; OLIVEIRA; SANTOS; BARTOLON, 2013). Mesmo no único estudo encontrado que tratava da caracterização da clientela de adolescentes (VERCEZE; SEI; BRAGA, 2013) o público de maior procura também foi o feminino (79%). Contudo, poucos foram os textos que trataram desse fato para além dos números. Romaro e Oliveira (2008) defendem que essa procura maior pode ser justificada pelo fato de que exista

uma maior aceitação sociocultural para mulheres exprimirem seus sentimentos. Já Macedo *et al.* (2010), com um estudo de caracterização da clientela adulta masculina, destacou que a menor procura de homens para atendimentos em clínica-escola de psicologia se justifica pelo fato de que, socialmente, o homem é visto como o provedor, o que dificulta que este consiga se colocar no lugar de procurar ajuda.

Entre os estudos de caracterização por grupos específicos, apareceram em maior quantidade os do público infantil. Na totalidade, crianças do sexo masculino apareceram em maior número. Esse dado está intrinsecamente relacionado com o tipo de queixa (problema comportamental ou de aprendizagem) e com o tipo de encaminhamento (via escola). Tal discussão será travada no tópico seguinte. Nenhum estudo abordou especificamente a caracterização de idosos. Em relação à faixa etária, ocupação, renda e nível de escolaridade, foi difícil analisar, pois dependendo do estudo, essas variáveis eram apresentadas ou não. Essa inclusive é uma das críticas feitas sobre os estudos de caracterização da clientela das clínicas-escola no Brasil. Além de não existir um padrão de variáveis a serem analisadas, muitas pesquisas são dificultadas pelo fato do não preenchimento adequado das fichas de atendimento por parte dos estagiários (VIVIAN; TIMM; SOUZA, 2013; MARAVIESK; SERRALTA, 2011; CAMPEZZATO; NUNES, 2007; MACEDO *et al.*, 2010). A renda, contudo, foi um dado apresentado de forma a caracterizar o público atendido nos serviços como sendo o de baixa renda mmmmm(JUSTEN *et al.*, 2010).

4.1.2 Encaminhamentos, Queixas e Abandono: o que (não) dizem as entrelinhas

Ainda nessa tentativa de ir além da caracterização não dialogada com os dados, consideramos ser um ponto muito emblemático o do encaminhamento. Os estudos apresentam que a forma de se chegar ao serviço tem sido através de encaminhamentos feitos pelas escolas, pelos Centros de Saúde da Família (CSF), por outros profissionais da saúde e por demanda espontânea. Na análise geral, as fontes de encaminhamento aparecem de forma pareada percentualmente, embora os encaminhamentos da saúde se sobressaiam, se juntarmos os encaminhamentos do CSF com o de outros profissionais da saúde (médicos particulares, por exemplo). Tal dado corrobora com a discussão apresentada anteriormente sobre as

dificuldades, sobretudo na Atenção Primária à Saúde, dos profissionais lidarem com problemas ditos de saúde mental. Para Prebianchi (2011) a dificuldade de atender as grandes demandas nas clínicas-escola tem relação com o questionável desempenho dos Centros de Saúde e seus encaminhamentos. O encaminhamento ainda é uma ação fortemente empregada nesse nível de atenção, configurando verdadeira “empurroterapia” (ZAMBENEDETTI, PERRONE, 2008). Tal ação, por parte dos profissionais da saúde, também pode sinalizar para a “insuportável” função de lidar com a dor para além de uma doença, demonstrando ainda que há uma suposição de saber dos profissionais “psis” para tais casos.

Entre o público adulto a forma constatada de maior acesso ao serviço foi por meio de demanda espontânea. Para Macedo *et al.* (2010) esses indivíduos apresentam maior índice de procura espontânea para atendimento psicológico. Em nenhum estudo, contudo, foi discutido o motivo para tal fato. Na verdade, em grande parte dessas pesquisas as informações são coletadas via prontuário, fato que dificulta o acesso a outros dados para além dos contidos nos documentos, fazendo com que essas informações apareçam sem serem contextualizadas, discutidas, interrogadas.

Ainda conforme os estudos, constatamos que as crianças chegam ao serviço prioritariamente via escola, seguido de encaminhamentos dos Centros de Saúde da Família. Ainda é válida a informação de que a queixa em boa parte dos estudos estava relacionada em maior número por transtorno de aprendizagem (VIVIAN; TIMM; SOUZA, 2013; BORSA *et al.*, 2013; BOAZ; NUNES; HIRAKATA, 2012; NAKAMURA *et al.*, 2008; CAMPEZZATO; NUNES, 2007), seguidos de comportamentos agressivos (MOURA *et al.*, 2008; WIELEWICKI, 2011). Justamente diante desse cenário de ser a escola quem mais encaminha e o transtorno de aprendizagem ser a principal demanda é que a “queixa escolar” foi um termo bastante apresentado. Tal termo ganha significância justamente porque quem se “queixa de algo” é a escola, fator que corrobora com o entendimento de que muitas vezes a demanda não é da criança, mas de um contexto escolar com dificuldade de lidar com certas situações comportamentais taxadas apressadamente de problema comportamental do aluno, aparecendo este como o único culpado de toda situação. Foi exatamente dentro desse nível de discussão (eixo 4.1) que apareceram estudos mais críticos e que compreendiam o fenômeno do encaminhamento de uma maneira mais ampliada, apresentando os entornos necessários de serem atentados de um

encaminhamento. Oliveira, Bragagnolo e Sousa (2014) problematizam práticas que têm pautado a intervenção acerca da dificuldade de escolarização por uma ótica institucionalizadora e patologizante, que o fracasso escolar é um fenômeno multifacetado que inclui escola, família e estudante. Em complementariedade a essa discussão, Nakamura *et al.* (2008) defendem, inicialmente, que a associação famílias desestruturadas e crianças desajustadas é um mito. Apontam ainda que não podemos perder de vista que essa busca da escola por “patologizar” certas crianças também passa por um mascaramento em um processo onde os interesses políticos (com suas metas educacionais) são mais importantes que o valor da pessoa (desenvolvimento e real aprendizado do aluno). Afirmam ainda que o fracasso do aluno é também o fracasso da escola. Mas Prebianchi e Cury (2005) aparecem como o único estudo a sugerir intervenções junto às fontes de encaminhamentos, afirmando ser uma verdadeira incongruência não questioná-las.

Em relação às queixas do público adulto apareceram mais enfaticamente os casos de sintomas depressivos e problemas familiares/relacionais, seguidos de casos de ansiedade. Tal perfil de queixa também é apresentado no Caderno de Atenção Básica Saúde Mental (BRASIL, 2013), documento que traz uma importante discussão sobre sofrimento, ao nortear o enfoque nas pessoas que sofrem e não nas doenças: “São os que sofrem sem estar doentes que lotam as agendas da AB e inflam as estatísticas de prevalência de depressão e de ansiedade.” (BRASIL, 2013, p. 89).

Outro fator necessário de ser tratado é em relação ao abandono e desistência durante o processo de atendimento. Esse foi um fator que apareceu como um sinal para que as clínicas-escola avaliassem seus serviços e repensassem algumas formas de atendimento, sobretudo a psicoterapia individual. Importante a discussão travada no eixo 5.1 (Abandono/desistência) por Mantovani, Marturano e Silveiras (2010), quando afirmam que antes é importante entender o que se caracteriza como abandono e o que é desistência. Afirmam que os estudos não são facilmente comparáveis entre si pelo uso de métodos diferentes e vários entendimentos para o que seja abandono. Assim, defendem a ideia de que desistência é a renúncia ao tratamento antes mesmo dele começar e abandono é a interrupção do tratamento já iniciado. Também é importante que situemos a desistência como também recorrente de uma dificuldade do aluno em manejar os atendimentos. O aluno diante da vivência do estágio pode se deparar com situações

que lhe imobilizem e que digam respeito a ele mesmo, por isso é necessário que também cuide de seu processo de análise.

Os motivos do abandono foram apresentados como sendo relacionados com a linguagem tecnicista do psicólogo (CUNHA; BENETTI, 2009) ou com a falta de diálogo com os pais (no caso de atendimento de crianças) e devido à localização do serviço (PREBIANCHI, 2011). No entanto concordamos com Mantovani, Marturano e Silveiras (2010) quando ampliam os motivos como sendo da ordem das variáveis clínicas, institucionais e da própria relação terapêutica. Soma-se a isso um aspecto importante de ser levado em consideração diante das características do período de modernidade tardia¹⁰ em que vivemos, marcado pelas novas formas de vigilância, autocontrole do estilo de vida e monitoramento constante do indivíduo (LUIZ; COHN, 2006). Podemos citar ainda como características as relações fluidas e descartáveis, o imediatismo. Queremos que tudo ocorra da forma mais rápida, afinal não temos tempo a perder nesse mundo globalizado de tanta informação e possibilidades. Os produtos se tornam ultrapassados da noite para o dia, na espreita sempre há mais um lançamento pronto a ser consumido. Não fugindo da regra, os relacionamentos se tornam frágeis. Como um objeto de consumo a pessoa pode ser trocada, substituída ou descartada, se perder sua utilidade.

O poderio do discurso biomédico tem sua força potencializada porque não é apenas o discurso do médico. É um modelo reproduzido por todos nós em cada pequena ação do nosso dia-a-dia. Se vamos ao psicólogo, também muitas vezes solicitamos uma medicação para aliviar a dor que nos atormenta. E não adianta explicar que psicólogo não passa remédio, “então é porque esse doutor não presta”! Esse fator não foi um aspecto que apareceu nos estudos sobre clínica-escola, mas apareceu na pesquisa feita dos estudos sobre atenção primária e saúde mental. Mais do que os profissionais, os usuários também estão muito bem adequados a esse modelo de “medicalização” dos sintomas e um dos motivos do abandono do tratamento também pode estar relacionado a não prescrição de medicamentos, a não supressão instantânea da angústia, ao imediatismo do alívio da dor que não se achou! Para Doescher e Henriques (2012) “Na sociedade do fast-food a angústia

¹⁰Giddens (1991) nomeia modernidade tardia o período que sucede a modernidade, caracterizado pelo crescimento da dissociação entre o tempo e o espaço (já verificada na modernidade), devido às novas tecnologias de comunicação e transporte. A globalização possibilita um contato maior entre diferentes partes do mundo, e em grande velocidade e a questão da identidade ganha um novo olhar.

tem de ser banida, a dor negada, o sofrimento afastado, os sonhos enterrados.” (p. 119).

4.1.3 *Clínica-escola x Serviço-escola: A clínica não morreu*

“Serviço-escola é mais adequado do que clínica-escola!” Alguns autores utilizaram esse argumento contextualizando que tais serviços estavam ampliando seu escopo de ações para além da psicoterapia individual e que por conta disso o termo serviço-escola melhor se adequava (BOAZ; NUNES; HIRAKATA, 2012). Alguns ainda trouxeram a discussão que o termo veio a ser substituído por serviço-escola a partir do 12º Encontro de Clínicas-escola do Estado de São Paulo em 2004 (AMARAL *et al.*, 2012). Sassi e Maggi (2007) apresentaram em seu estudo o Serviço de Psicologia Aplicada (SEPA) do curso de Psicologia da Universidade de Caxias do Sul que contava com quatro modalidades de atendimento: clínica, comunitária, escolar e organizacional, mas ainda assim se referia ao serviço como clínica-escola. Além de mudarem a nomenclatura para serviço-escola e de terem que se adaptar às demandas da clientela, também foi uma visão compartilhada por muitos dos autores que a formação em psicologia deveria se adequar aos novos tempos e novas demandas sociais (JUSTEN *et al.*, 2010). Os novos psicólogos devem se adequar à nova realidade brasileira (SASSI; MAGGI, 2007), fazendo uma crítica ao currículo de Psicologia por ter uma ênfase demasiada na clínica (PREBIANCHI; CURY, 2005). Diante desse contexto, propuseram que os grupos deveriam ser uma técnica mais utilizada nas clínicas-escola (DEL PINO, 2008) e ações como assessorias a escola, promoção de saúde na comunidade e grupos de sala de espera (JUSTEN *et al.*, 2010) também deveriam ser realizadas.

Dois aspectos temos a pontuar a respeito disso. O primeiro é retornarmos para a finalidade das clínicas-escola e para a reflexão a respeito do para quem devem ser endereçadas nossas ações. Estaríamos atendendo à demanda de quem ao realizarmos trabalhos de consultoria em escolas? O outro aspecto trata do questionamento sobre o que é clínica. Na análise o entendimento sobre o conceito de clínica apareceu nos estudos sob uma forma reduzida e com confusão da atuação com o espaço físico, tendo apenas dois artigos com uma discussão ampliada do que esta seja. Para Ferreira Neto e Penna (2006) se no passado houve uma grande ênfase na clínica, hoje se percebe uma negligência desta nas

formações em Psicologia, subestimando seu impacto na formação geral do aluno. Afirmam que falta ainda dentro dos cursos dialogar mais com as habilidades clínicas que têm seus efeitos para além de quatro paredes. Souza, Barros Neta e Vieira (2012) desmistificam esse entendimento da clínica como um espaço restrito ao consultório e que fazer clínica não é uma área de atuação, mas uma forma de se posicionar.

As clínicas-escola são locais onde muitas atividades podem ser desenvolvidas, mas é sobretudo da atividade de escuta clínica que esse local trata. Como foi apresentado a partir das discussões sobre saúde mental e APS, os sujeitos e seus sofrimentos vêm de um histórico de encaminhamentos, silenciamentos, deslocamentos. São exatamente os serviços-escola de psicologia que sobrevivem e resistem no trabalho de escuta e acolhida dessas dores e até isso querem mudar? A clínica não morreu e as filas de espera e as grandes demandas são a prova disso. Ainda não satisfeitas com a breve explanação dada sobre clínica, gostaríamos de nos deter um pouco mais sobre esse assunto no subcapítulo seguinte.

4.2 Ampliando o entendimento sobre a clínica

Para Rinaldi (2005) a influência da psicanálise na reforma psiquiátrica é sentida pela forte presença das categorias como “escuta”, “sujeito” e “clínica”. Mas isso não aponta para a solução do problema, pois é fato que o entendimento desses conceitos passa por uma apropriação indevida de tal modo que a escuta passa a ser associada à noção de “cuidado” com utilização indiscriminada e naturalizada, segundo a autora. A escuta para a psicanálise:

Não se trata, contudo, de qualquer escuta e muito menos de uma escuta compreensiva subordinada à perspectiva do *cuidado* e preocupada com as questões do sentido, que muitas vezes recai em uma prática moral educativa, mas sim a escuta da articulação significativa inconsciente, na qual o sujeito se produz. (RINALDI, 2005, p.94).

A psicanálise considera as lacunas nos discursos, os esquecimentos, os lapsos de memória, pois é aí que o sujeito se mostra. Longe da postura compreensiva e moralista por parte do analista, o método permite que o analisante tome uma posição ativa diante de seu processo de cura.

Já o entendimento sobre sujeito é sempre articulado à categoria cidadania, sinônimo de cidadão. A clínica, por sua vez, é ressignificada por adjetivações como clínica ampliada ou clínica do cotidiano (RINALDI, 2005). Há na verdade, nas atuais formas de atuação dos serviços públicos, uma tensão a partir da criação de dois pólos, onde de um lado estaria o que é considerado individual, particular e privado, e do outro o que é tido como coletivo, universal e público. A partir dessa compreensão, a clínica estaria no primeiro lado; atividades de grupo, do lado oposto. A noção de clínica “ampliada” seria uma tentativa de unir os dois polos, de não esquecer o contexto social e o peso desses aspectos sobre o indivíduo.

Voltamos a repetir, a criação desses dois polos é um fator forte e representativo nas políticas públicas atuais, sejam elas da saúde ou mesmo da assistência social. Dito isso, não queremos questionar a importância de técnicas diversas, de trabalhos diferenciados e complementares. O grupo tem seu valor e é necessário, mas não pode ser a única forma de se lidar com os sofrimentos, com aquilo que não tem lugar ou que apenas uma medicação não dá conta.

Para Pereira (2014) as intervenções que se propõem a serem revolucionárias não podem ser pedagógicas. Deverão ser construídos junto aos sujeitos “sentidos e modos de vida diferentes daqueles que o fazem sofrer, sem a ânsia de querer adaptá-los aos modos de vida que nós técnicos achamos mais adequados.” (PEREIRA, 2014, p. 79). Os processos grupais não podem ser utilizados de modo tirânico, em que o método se sobressai à demanda de cada um. Para Elia (2010) o sujeito moderno se funda no “para todos” do universal, inaugurado pela Ciência Moderna. No entanto, aponta para o fato de que o “para todos” tenha que incluir a dimensão do um a um:

Por isso, creio que é importante ultrapassar a dualidade que separa, ainda que propondo articulá-los estreitamente o “para todos” da política do “para cada um” da clínica. Todo ato clínico é político e todo ato político é clínico, se recorrermos a uma outra topologia, mais moebiana, em que o para todos se inscreve no seio mesmo da intimidade do um a um. (ELIA, 2010, p.3)

Tal bipolaridade é estéril para a efetividade da escuta. Freud (1996a) já anunciava que as neuroses ameaçariam a saúde pública e que, por isso, os psicanalistas deveriam atuar também nesse contexto. Ainda afirmava que desde o início toda Psicologia individual é, ao mesmo tempo, Psicologia Social (FREUD, 1996d).

O conflito, muitas vezes mal velado, entre os considerados psicólogos sociais e os clínicos resulta ao ponto de alguns cursos já discutirem a possibilidade do aluno vir a se formar sem que passe pelo estágio na clínica, se optar pela ênfase social. Uma coisa não exclui a outra e mesmo no contexto da Psicologia Social o aprendizado que a clínica traz vai para além da possibilidade de fazer uma escuta em um ambiente fechado. É uma maneira de se posicionar, uma postura essencial, sobretudo, para o trabalho nas instituições.

O que parece haver é uma confusão entre a crítica que é feita a clínica médica tradicional, essa sim limitada, e a clínica defendida pela Psicanálise. Nesse ponto é importante que façamos uma digressão: mas o que é mesmo considerado clínica individual e qual a confusão que é feita com a clínica médica “tradicional”? De fato, a clínica médica tradicional, tendo como objeto de estudo a doença e o processo de adoecer (CAMPOS, 2006), não abarca a dimensão do sujeito. Ainda para Campos (2006) “A objetividade da clínica é fornecida pelo conhecimento acumulado em protocolos e diretrizes construídos com base em evidências.” (p. 68). Diante da confusão em torno do termo, o autor reformula o entendimento para o conceito de “clínica ampliada”. Apontando, assim, para a inovação que seria acrescentar aos métodos tradicionais da clínica a escuta da história de vida do usuário. Campos (2006) reconhece a multiplicidade de fatores envolvidos no processo de saúde e doença e por isso, para forjar o conceito, usou a influência de diversos autores que estudavam a subjetividade, com destaque para Freud. Repetimos, cabe demarcar que a crítica feita é voltada ao modelo da clínica médica onde o foco é o olhar em detrimento da escuta, ao invés do “o que você tem?” interessa o “onde lhe dói?” (FOUCAULT, 1977, p. 18). É o poder terapêutico da palavra que vai além da tradicional terapêutica de fármacos e cirurgias (CAMPOS, 2006). E o que seria a clínica senão a escuta do sujeito?

Ademais ainda cabe destacarmos a relação de toda essa discussão com o contexto histórico em que vivemos, como já trouxemos anteriormente com Carvalho (2009), a saúde regida pela lógica de mercado e por práticas fragmentadas e ineficazes. Em tempos da “lei do mercado”, impera a lógica de serviços. Não é a toa que se é cobrado a mudança de nomenclatura, pois passar de uma clínica-escola a um serviço-escola é bem representativo desse aspecto. Se tratamos como um serviço, estamos na esfera do comércio.

A partir de uma lógica adaptacionista, modificar o nome é atender a demanda. E o que se espera de um prestador de serviços? Produtos! Daí a necessidade da Psicologia se adaptar e se diferenciar em Psicologia Escolar, Psicologia Jurídica, Psicologia do Esporte e quantas mais o mercado demandar. Todas são técnicas que podem ser vendidas. Por isso a queixa que o atendimento individual não dá conta das grandes filas e demandas, pois a lógica embutida nessa afirmação parte também de um entendimento capitalista, imediatista. O sujeito deverá ficar bom em pouco tempo, assim como um remédio dá conta de forma “imediate” da doença. O problema é que no campo do sofrimento subjetivo a doença e a dor têm conotações diferenciadas, não se curvam ao que é imediato ou possível de medicar Freud (1996d) já nos alertava: “cede-se primeiro em palavras e depois, pouco a pouco, em substância também.” (p. 58). Quando aceitamos a mudança de nomenclatura, seja ela pra serviço, núcleo ou centro estamos fazendo com que as singularidades sejam forcluídas. Ou seja, o mesmo que é feito ao tentar igualizar todos através de um atendimento em grupo. A consequência disso? “Cronificação” do adoecimento.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Dos 1.000 primeiros prontuários, entre 2012 e 2014, do S.P.A. Raimundo Medeiros Frota, 293 foram encaminhados via Atenção Primária à Saúde. Mesmo que a riqueza de informações e dados fosse muito grande, nosso intuito foi coletar do prontuário os pontos elencados no instrumental criado (apêndice) com nosso foco de estudo. Dessa forma, a apresentação de nossos resultados seguiu por quatro eixos:

1. *Profissionais, encaminhamentos e sugestão de tratamento;*
2. *Demandas e Queixas: Quem e o que chega?;*
3. *O que faz ficar? Por que abandonam?;*
4. *Contato entre S.P.A. e APS .*

Adiante, passaremos a apresentar e refletir acerca de cada um deles.

5.1 Profissionais, encaminhamentos e sugestão de tratamento

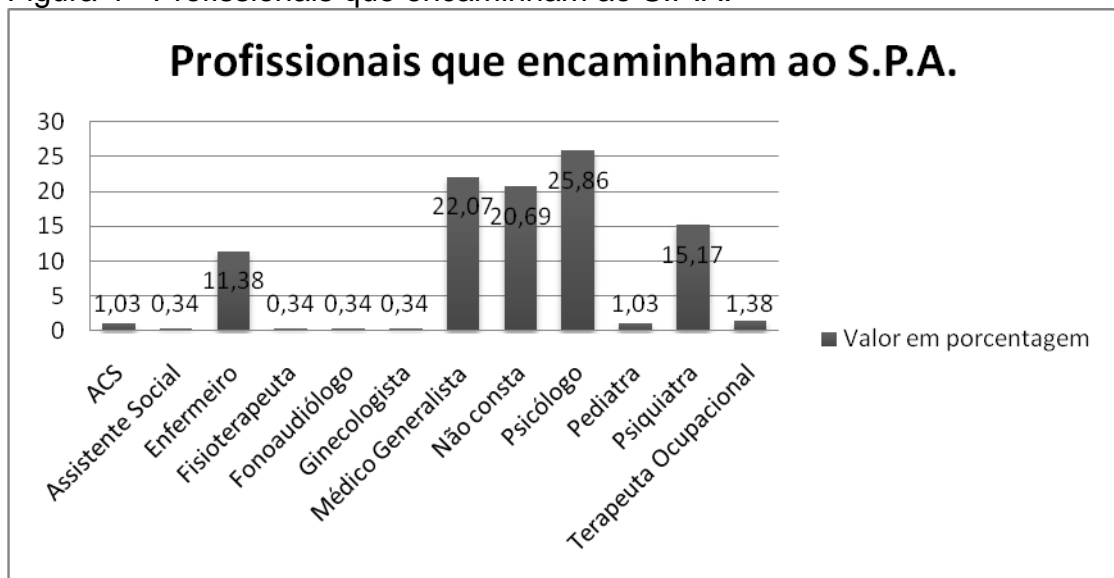
Ao entrarmos em contato com os prontuários, percebemos, como já dito no capítulo metodológico, que o encaminhamento é um documento escrito e assinado, com a logomarca ou não do sistema de saúde, por um profissional. Esse registro foi para nós um fator de extrema relevância, se tornando fonte rica de coleta de informações importantes, pois além de identificar a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o profissional que encaminhava, percebemos como as queixas eram apresentadas, quais as demandas que justificavam o encaminhamento, a abertura ou não para um diálogo sobre o caso e, em alguns casos, até sugestões de tratamento.

Antes de falarmos sobre os encaminhamentos é relevante contextualizarmos a rede de APS de Sobral. Desde 1998 o município trabalha a partir do modelo da Estratégia de Saúde da Família (ANDRADE; JÚNIOR, 1999). No ano de 1999 surgiu o curso de Especialização em Saúde da Família com a proposta de oferecer condições para a formação de médicos e enfermeiros, tendo em 2001 a ampliação para outras categorias profissionais. Em 2011, 12 anos após a criação da especialização, portanto, foi criada a Escola de Saúde da Família, primeira do Brasil

no seu gênero, visando promover ações educativas com foco na Estratégia de Saúde da Família e nas diretrizes do Sistema Único de Saúde. A escola, até hoje, oferta cursos técnicos, residências com caráter de especializações, educação permanente para profissionais da rede de saúde, entre outros (SOBRAL, 2016). As residências existentes são a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e a Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Cabe ainda destacarmos que o município tem as equipes de Nasf implantadas e que sua Rede de Atenção Integral em Saúde Mental (RAISM) ainda é constituída pelos CAPS Geral, CAPS AD, Centro de Especialidades Médicas (CEM), Hospital Geral Dr. Estevam e Residência Terapêutica (SAMPAIO; CARNEIRO, 2005/2007).

Retornando aos dados de nossa pesquisa, constatamos que entre os profissionais que mais encaminham estão: os psicólogos (25,8%), os médicos generalistas (22%), os psiquiatras (15,1%) e os enfermeiros (11,3%) (Figura 4).

Figura 4 - Profissionais que encaminham ao S.P.A.



Fonte: Autoria Própria

Cabe salientarmos que em 20,6% dos casos não foi possível identificar o profissional que havia encaminhado. Esse dado representa os casos onde o encaminhamento era feito, mas não havia carimbo e nem identificação do profissional que o fazia. Devido à realidade do município e diante de sua particularidade de ser um serviço-escola, uma possível explicação para o elevado número de encaminhamentos sem identificação é a possibilidade de terem sido realizados por estudantes, estagiários, técnicos de enfermagem, enfim, por outros

profissionais que transitam na rede e a constituem, portanto, confirmando o caráter formativo que tem a rede de saúde do município, com seu sistema ensino-serviço.

Surpreendeu-nos ser maior o número de encaminhamentos por parte da categoria dos psicólogos. Partíamos do pressuposto que eram profissionais não psicólogos que encaminhavam em maior escala, já que a literatura anteriormente apresentada mostrou a dificuldade que tem a equipe mínima das Unidades Básicas de Saúde em lidar com os casos tidos como de “saúde mental”, daí decorrendo o fato do encaminhamento aparecer como principal ação tomada para tais casos. Assim, refletimos: o que isso nos diz?

Inicialmente é importante pontuarmos que os psicólogos que circulam na rede de APS do município de Sobral-Ce ou são os da equipes de Nasf ou das residências multiprofissionais existentes na rede, anteriormente apresentadas. As equipes de Nasf devem trabalhar, sobretudo, com o apoio matricial às Equipes de Saúde da Família. atendimentos individuais não são indicados e as normas do Ministério da Saúde sobre a atuação do Nasf são taxativas ao colocarem que devem ocorrer apenas em último caso: “O atendimento clínico individual faz parte apenas ocasional das atribuições regulares dos profissionais do Nasf”. (BRASIL, 2010b, p. 65) E “tal atendimento direto e individualizado pelo Nasf ocorrerá apenas em situações extremamente necessárias” (BRASIL, 2010b, p. 8). Interrogamo-nos sobre quais situações seriam “extremamente necessárias” e inclusive quem define extrema necessidade: os dados epidemiológicos ou as demandas dos sujeitos? Tendo em vista a experiência da pesquisadora com o trabalho na rede de Assistência Social e dialogando com os profissionais da saúde, especialmente das equipes de Nasf, o “extremamente necessário” tem relação com as notificações do município para os casos, por exemplo, de tentativa de suicídio, depressão, anorexia, entre outras situações que a busca ativa é acionada. Ou seja, os casos em que há um comprometimento nos dados epidemiológicos do município, patologias que tem uma repercussão social maior e desastrosa, caso não tenha acompanhamento por parte do município. É pertinente ainda lembrar que um dos eixos de atuação da equipe do Nasf é a Saúde Mental e que tem como duas principais responsabilidades a população e a equipe de ESF. Como se responsabilizar pela população se não se pode atender um de seus eixos de atuação: os casos de Saúde Mental?

Em relação às Residências Multiprofissionais no município, também atuam como Apoio Matricial. Os profissionais que compõem a equipe têm

sobrecarga de atuações e atribuições e, tal como as equipes de Nasf, também não são incentivados à prática da escuta. Sob essa perspectiva, compreendemos que os psicólogos, de fato, atuam conforme dita a política, se adequando à realidade das demandas epidemiológicas e orçamentárias, acabando por se institucionalizarem¹¹, através, inclusive, da prática mais comumente adotada nos serviços: ações em grupo. Contudo juntar várias pessoas em uma sala com queixas que se apresentam como supostamente semelhantes não garante a produção de uma coletividade. No documento mais recente do Ministério que também trata da atuação das equipes de Nasf (BRASIL, 2014) é sugerido que as equipes de Nasf executem ações como grupos educativos, grupos terapêuticos, grupos na abordagem de terapia comunitária, atividades de relaxamento em grupo, grupos de promoção à saúde, grupos abertos de acolhimento, grupos temáticos relacionados a determinadas patologias (hipertensão, obesidade), grupos de medicação, entre outros. Essas atividades, ao tentarem massificar e agrupar uma demanda como sendo uma só, conseguem atender mais e em menos tempo. Todos são colocados como iguais e dentro da mesma categoria de sofrimento.

Para Altoé (2005): “Toda instituição total pretende abarcar a totalidade da vida do sujeito, assujeitando-o às suas regras. Uma das maneiras mais comuns de fazê-lo é dar tratamento rotineiro, igual a todos, e realizar todas as atividades em grupo”. (p. 78). O fato é que as questões de cada um são únicas e dificilmente uma ação de grupo permite a escuta necessária para cada participante.

Diante desse contexto questionamos o porquê de tamanha resignação por parte dos profissionais a respeito de tal “norma”. Será que são resignados ou nem se apercebem disso? Porque não podem realizar uma escuta? Se o psicólogo que atua na saúde não pode, quem mais o fará? Se o S.P.A. não existisse, por exemplo, para onde seriam encaminhados esses casos? Por que em âmbito de Conselho Federal, desses reguladores da prática profissional, nos tornamos impossibilitados de realizar tais práticas, se há demanda da comunidade e reconhecimento da categoria quanto a sua relevância? Não podemos nos furtar da reflexão política sobre esse fato: não convém aos serviços públicos o atendimento continuado uma vez que se supõe que esse é mais demorado e, conseqüentemente, não condizente com a realidade de grandes filas de espera. Ledo engano. Sabemos

¹¹ Denominamos prática institucionalizada o exercício automático, sem reflexão e crítica do próprio fazer.

que é justamente a “cronificação” e a institucionalização do cuidado que levam pacientes a permanecerem anos e anos tutelados a serviços estéreis.

Podemos considerar que também se atrela à situação o fato de muitos profissionais, após se formarem, não darem continuidade ao processo de formação na abordagem que optaram para realização de seus atendimentos clínicos, somado ao fato de muitas vezes nem ao menos iniciarem o seu próprio processo de análise/terapia individual. Devido às dificuldades teóricas, práticas e mesmo pessoais, que encontram ao lidarem com os atendimentos individuais, acabam por se “esconderem” atrás e adiante da política, ao engrossarem o coro do “não posso atender”.

É possível, de partida, supor que os psicólogos da rede de saúde não consideram a relevância do atendimento individual. Contudo, seus encaminhamentos maciços revelam tamanha importância. Em seus textos é comum o uso de expressões como “urgente”: “(...) necessita de acompanhamento psicológico frequente” (P974) e “necessita de acompanhamento psicoterápico regular” (P994). Mas, ao passo em que encaminham, também “se livram” daquele sofrimento, justificam a necessidade de um acompanhamento de forma regular e frequente como reconhecimento que há um processo terapêutico que precisa acontecer de forma continuada e a constatação de que, onde estão, não viabilizam esse acompanhamento.

Mais uma vez reforçamos que temos ciência que também margeiam esse cenário profissional a sobrecarga de trabalho, a baixa remuneração e as dificuldades estruturais e físicas que compõem o trabalho no Sistema Único de Saúde do país. De toda forma, não podemos deixar de manifestar nosso incômodo diante do que poderíamos nomear de “resignação” da classe, perante a impossibilidade de um fazer tão caro à profissão.

Em relação aos encaminhamentos feitos pelos médicos, a partir dos textos encontrados na guia, ou mesmo sob relatos dos pacientes registrados pelos estagiários nos prontuários, percebemos se atualizar a discussão que travamos sobre a dificuldade da medicina em lidar e mesmo reconhecer o que não é palpável, o que é subjetivo e que foge de uma dor física e localizável. Como representantes da medicina, devem se guiar pelos preceitos classificatórios. Retomando Descartes, temos que não é admissível ciência incerta e nem sabedoria fora da ciência. Seu maior princípio ainda é a objetividade. Desse modo, o que é da ordem do não

visualizável está fora do que é seu campo de trabalho, por isso deve ser encaminhado para outro lugar, como no caso do encaminhamento de um ginecologista: “candidíase de origem psicológica” (P16). Na verdade o sofrimento subjetivo é considerado como algo menos relevante ou enigmático, muitas vezes tratado à base de medicação. Para Cavalcanti (2005) é isso também o que cabe a moderna medicina:

A rápida medicalização do sintoma passa a ser cada vez mais utilizada, algo que, aparentemente, pode ser articulado à visão do imediatismo e do saber presentes no discurso do médico. Atender à demanda trazida pelo paciente, eis a função que a moderna medicina, circunscrita ao campo da doença mental, se propõe. (CAVALCANTI, 2005, p. 175).

Medicalizar é ainda silenciar um incômodo. Na fala do paciente: “Médico disse que talvez não tenha nada, só psicológico” (P160). Há um desprezo ao trabalho de escuta individual e mesmo um descrédito, se não acompanhar um tratamento medicamentoso: “Médico com o qual se consulta disse que ele deveria ser acompanhado por psiquiatra e não por psicólogo” (P142).

A respeito da questão da medicamentação, foi possível identificarmos que em 48,2% dos prontuários, os pacientes faziam uso de medicação, 16,8% dos casos afirmaram não fazer uso e em 34,8% não continha essa informação. Percebermos haver, por parte do próprio paciente, do sistema e das relações sociais, a naturalização do discurso biomédico e da medicalização dos sintomas.

Em relação à categoria dos psiquiatras, optamos por não incluí-los no grupo dos profissionais médicos. Entre os encaminhamentos dessa classe apareceram particularidades importantes a serem discutidas, daí considerarmos que a análise dos encaminhamentos dos residentes em psiquiatria e dos psiquiatras deveria ocorrer de forma a parte. Devido ao representativo número de encaminhamentos feitos, consideramos que há um aspecto de compreensão do papel da psicologia em articulação conjunta com o trabalho da psiquiatria. Ao mesmo tempo, isso acentua a constatação de que os psiquiatras da rede estão reforçando a lógica ambulatorial e o não acompanhamento de forma longitudinal.

A respeito do detalhamento dos encaminhamentos feitos pelos psiquiatras, iremos recorrer ao uso da categoria de análise *avaliação* para melhor captar a situação. Para a Análise de Discurso Crítica (ADC), avaliar é uma maneira particular de se posicionar diante de aspectos do mundo, além de ser sempre parcial

e subjetiva. Em relação aos casos, os psiquiatras sempre registravam o possível diagnóstico do paciente através de siglas, como Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) ou Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Além disso, faziam sua avaliação e interpretação pessoal ao ponto de direcionarem como saber mais adequado os construtos clínicos mais divulgados na mídia e no campo científico dos “resolutivos”: “Sugiro abordagem comportamental” (P662), “Sugiro: Terapia Comportamental” (P257). Em outro caso, o psiquiatra chegou a determinar inclusive o número de sessões: “Solicito realização de 12 sessões” (P388). Avaliações diretivas e normativas são realizadas com os pacientes. Feitas por um médico psiquiatra, como ousar questionar? Se o médico é a autoridade máxima no assunto doença, o psiquiatra também é, no que tange aos casos de saúde mental. Na qualidade de saber maior cabe a ele definir o melhor tratamento, o que mais se adequa e até a quantidade de tempo necessário para se ficar “curado”. Ainda para Cavalcanti (2005):

(...) paciente psiquiátrico, muito frequentemente atendido no âmbito de uma relação nitidamente objetivante, ainda ligado ao discurso normatizador da psiquiatria. Em sua origem, o discurso psiquiátrico estava vinculado ao campo jurídico, essencialmente dogmático. Como dogma, foi fundado em um saber sobre o paciente sempre pronto a dizer a verdade, ao mesmo tempo em que impedia a fala do sujeito. (CAVALCANTI, 2005, p. 170).

O poderio do discurso biomédico tem sua força potencializada porque não é apenas o discurso do médico. Os pacientes também o internalizam e o consideram como o saber único, válido e verdadeiro. Em um dos prontuários analisados, P707, o paciente informou que não sabia se voltaria, pois tinha vindo ao S.P.A. por encaminhamento do psiquiatra e que este tinha lhe dado um prazo de atendimentos psicológicos e que ele (paciente) já tinha feito a parte dele vindo ao serviço. Aqui percebemos ocorrer também uma *interdiscursividade* (união de vários discursos), na medida que o discurso do médico passa a ser o do paciente também. Ele não só o internaliza, como o reproduz. A *interdiscursividade*, na ADC, mostra como discursos particulares associam-se a campos sociais, interesses e projetos particulares, podendo ser associado a uma determinada prática. No caso citado vemos uma prática de legitimação do discurso do médico por parte do paciente.

Em relação aos encaminhamentos feitos pelos enfermeiros, havia um aspecto diferencial. Era sempre solicitada, inicialmente, a realização de uma avaliação psicológica para identificar se o caso tinha demanda para o atendimento

psicológico. Além disso, esses profissionais foram os únicos que justificavam que o encaminhamento estava sendo feito ao S.P.A. pelo fato do CSF não contar com o suporte por parte de um profissional de psicologia no momento. No município do estudo, a classe dos enfermeiros realiza um trabalho muito próximo a gestão, daí terem a preocupação de justificar o motivo de um encaminhamento: “Não há disponibilidade de profissional psicólogo no momento no CSF” (P 222), “Unidade sem psicólogo” (P 563), “UBS sem profissional de psicologia no momento” (P 594). De igual forma, quando identificam um possível caso para atendimento psicológico, sugerem “avaliação psicológica” para, só então, o serviço identificar se há demanda para atendimento. Ao contrário da postura da classe médica, não realizam avaliações, predições e nem direcionamento dos casos.

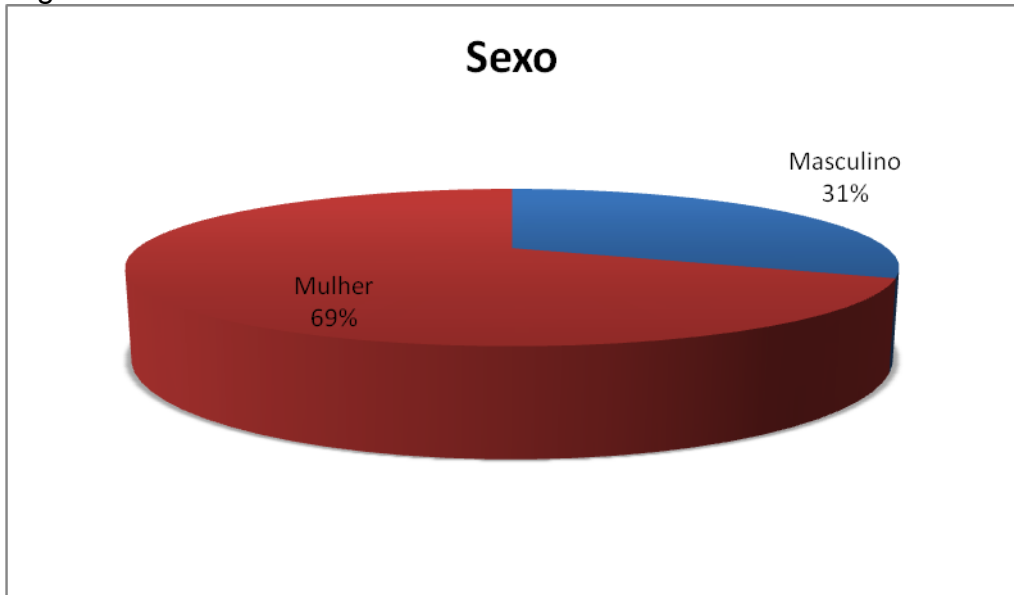
Como é possível identificar na figura (Figura 4), em menor escala também aconteceram encaminhamentos de Terapeutas Ocupacionais, Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas e outros médicos especialistas, como ginecologista e pediatra.

5.2 Demandas e Queixas: Quem e o que chega?

Saber quais eram os casos encaminhados da APS ao S.P.A. Raimundo Medeiros de Frota foi a nossa pergunta de partida. Após analisar os 293 prontuários, temos que os encaminhamentos são em maior número de pacientes do sexo feminino (69%), sendo a faixa etária de 31 a 50 anos a mais recorrente (35,8%), e a *Sensação de Ansiedade/Nervosismo/Tensão* como queixa de maior ênfase (29%).

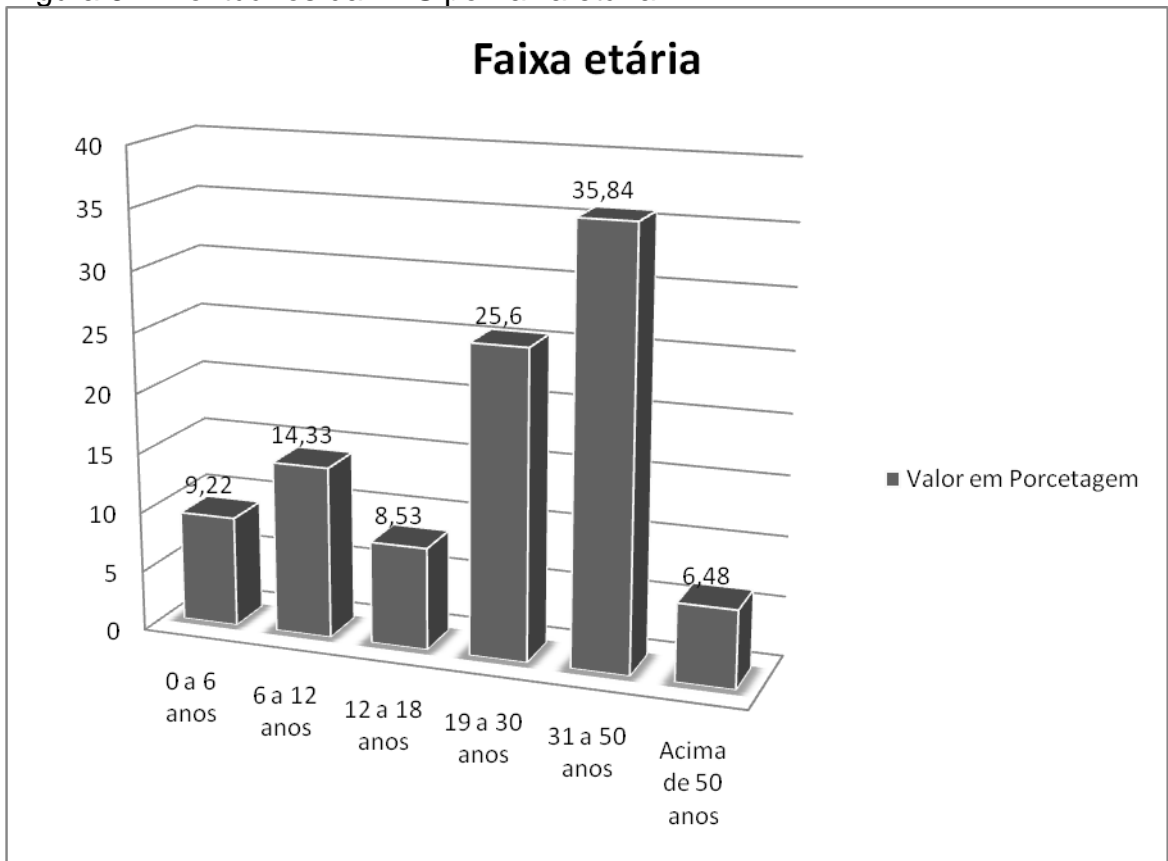
Os dados obtidos estão em consonância com que a literatura existente apresenta: na fase adulta o público feminino é o que mais procura o serviço (MARAVIESK; SERRALTA, 2011; JUSTEN *et al.*, 2010; OLIVEIRA; SANTOS; BARTOLON, 2013). Distanciando-nos dos estudos sobre clínicas-escola de Psicologia anteriormente apresentados, não temos o intuito de caracterizar a clientela para “melhor adaptar” o serviço ao público. Importa-nos voltarmos para o fenômeno em si: Por que mais mulheres? Por que mais casos denominados de depressão?

Figura 5 - Prontuários da APS em Gênero



Fonte: Autoria Própria

Figura 6 - Prontuários da APS por faixa etária



Fonte: Autoria Própria

Figura 7- Maiores queixas registradas dos prontuários da APS



Fonte: Autoria Própria

Para Romaro e Oliveira (2008) a explicação desse fato pode ser justificada pelo fato de que exista uma maior aceitação sociocultural para mulheres exprimirem seus sentimentos e de que o termo depressão se popularizou de tal modo que tudo cabe nesse significante. Mais do que isso, consideramos que são as que mais procuram atendimento psicológico também aquelas que acumulam os papéis de mãe, esposa, filha, avó, dona de casa, trabalhadora. A mesma cultura que “aceita” que as mulheres possam exprimir seus sentimentos é a que a culpa de não ser uma boa mulher, se não tiver tempo para cuidar do lar e da família, ainda que também seja uma trabalhadora, já que agora “ganhou espaço” no mercado. Dessa forma, têm suas vidas permeadas por acúmulo de funções, cobranças, problemas financeiros, de saúde, familiares e conjugais. E então, como resultado, temos como maiores queixas, se analisarmos só o público feminino adulto, o dito transtorno de ansiedade (32,7%), depressão (27,3%) e problemas relacionais com familiares ou parceiros (17,8%).

Cabe retomarmos Freud (1996b) quando nos adverte sobre as três formas de sofrimento do sujeito. Segundo ele:

[...] as três fontes de que nosso sofrimento provém: o poder superior da natureza, a fragilidade de nossos próprios corpos e a inadequação das regras que procuram ajustar os relacionamentos mútuos dos seres humanos na família, no Estado e na sociedade. (FREUD, 1996b, p. 93).

Nos encaminhamentos, as queixas apareceram como “choro fácil”, “TAG” (Transtorno de Ansiedade Generalizada, “H.D: F.32” (hipótese diagnóstica de episódios depressivos), “sintomas de ansiedade e fobia em suas atividades diárias”, “distímia”, “humor deprimido, sintomas ansiosos e somáticos”, “conflitos internos a serem trabalhados”, “conflitos com o companheiro”, “sensação de impotência”. O S.P.A., contudo, segue outras nomenclaturas e trabalha a partir de sua própria lista de queixas (anexo). Mais uma vez percebemos a *interdiscursividade* nos textos dos médicos ao legitimarem a sua “linguagem” através da nomenclatura das doenças conforme os manuais (CID 10 e Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM V) e isso se repetindo até mesmo pelas outras categorias, como enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas. Esses profissionais estão inseridos em uma teia onde a língua autorizada é o discurso médico, portanto, só se igualando para também se sentir pertencente.

Outro ponto de destaque foi o uso da expressão “Choro fácil” nos encaminhamentos, aparecendo como uma verdadeira *metáfora* representativa dos pacientes que precisavam de acompanhamento psicológico. E mais uma vez ousamos questionar: só o psicólogo pode lidar com o choro? O choro que sai com facilidade precisa ser tratado para ser estancado? Tornar-se-ia choro difícil?

Além da grande diversidade da forma de descrever a queixa, percebemos casos onde o que era identificado pelo estagiário de psicologia, sempre sob supervisão, era diferente do que vinha no encaminhamento do paciente. Isso nos mostra que demandas são plásticas e o sofrimento humano é mutável e se nomeia de várias formas. A diversidade de expressões representa a dificuldade que é circunscrever uma dor. Independente de nomenclaturas, o que temos são pessoas em real estado de sofrimento e a procura de um lugar para dar vazão a todo esse acúmulo. Nas palavras de um paciente, procuram um “descarrego em palavras” (P244).

Em relação aos estagiários, gostaríamos de tecer um outro comentário. A *intertextualidade*, propriedade que têm os textos de serem cheios de outros textos, foi muito encontrada nos prontuários analisados. Por se tratar de um documento do

paciente sob a responsabilidade do estagiário, já supomos que apareceriam ao menos duas vozes marcantes. O estagiário aparece nos registros e o paciente tem muitas de suas falas transcritas por se configurarem informações importantes para o acompanhamento do caso. No entanto, a outra voz que apareceu de forma acentuada foi a da equipe dos profissionais da saúde, sobretudo do médico generalista e do psiquiatra. Os pacientes legitimavam a voz da equipe, colocando-se muitas vezes de uma maneira muito passiva em relação ao seu caso, em uma dependência não só com a equipe como com a medicação. Mais adiante apresentaremos como essas situações apareceram. Já os estagiários a legitimavam quando repetiam a queixa registrada no encaminhamento, inclusive através da mesma forma de “diagnosticar”: “T.O.C.” (P226), “Transtorno do Pânico” (P531), “Síndrome do Pânico” (P537).

Outro dado que merece destaque é o fato de a queixa do comportamento da criança aparecer como a terceira maior (15%) (Figura 7). Nossos achados foram diferentes da literatura, quando apontam que crianças (0 a 12 anos) do sexo masculino apareceram em maior número. Em nosso estudo o número foi equiparado: 35 casos de meninos e 34 casos de meninas. Em relação à queixa, nossos dados diferiram. Em boa parte dos estudos as demandas estavam relacionadas em maior número ao transtorno de aprendizagem (VIVIAN; TIMM; SOUZA, 2013; BORSA *et al.*, 2013; BOAZ; NUNES; HIRAKATA, 2012; NAKAMURA *et al.*, 2008; CAMPEZZATO; NUNES, 2007), seguidos de comportamentos agressivos (MOURA *et al.*, 2008; WIELEWICKI, 2011). Na nossa análise a queixa do comportamento da criança foi a mais recorrente. Seguimos a lista de queixa já criada pelo S.P.A., onde a “queixa do comportamento da criança” envolve tudo que chega como referência a “algo que não vai bem”. Apenas três casos de transtorno de aprendizagem foram identificados. Vale salientar que entre os encaminhamentos dos meninos o diagnóstico de hiperatividade se fez recorrente. Assim como no caso do “Choro fácil” a dita Hiperatividade, nos casos das crianças, simbolizava, metaforicamente, crianças em situação muito “grave”, uma tentativa de justificar a real necessidade de acompanhamento tendo em vista problemas escolares e relacionais.

Ainda a respeito do atendimento de crianças, é sempre importante observarmos o que é demanda real da criança e o que é demanda dos familiares ou mesmo uma queixa da escola. Nos prontuários analisados, alguns traziam

claramente uma demanda que era de alguém da família, um pedido de “educar” a criança, uma tentativa de “melhorar o comportamento”, tais como: “avó afirma que a psicoterapia será importante para a menina se comportar” (P44) e “segundo a mãe, o filho precisa de auxílio psicológico para trabalhar algumas questões de seu comportamento” (P328). Para Pereira (2014) ou valorizamos “o sujeito” ou “seus comportamentos”. Ao nos fixarmos somente nos comportamentos supostamente inadequados, colocamos o sujeito em um lugar petrificado, impossibilitando-o de ser mais do que os rótulos que carrega. Ainda nos achados da pesquisa, apareceu até mesmo a expectativa da resolução de um conflito familiar em uma situação de separação dos pais: “avó (acompanhante da criança) sugeriu que a estagiária pedisse a mãe da criança pra voltar para casa” (P2).

Esses pedidos e expectativas não são construídos à toa. Ainda perdura no imaginário social a visão do psicólogo como alguém detentor de uma saber especial, um conselheiro, alguém com o poder de mudar o comportamento, “ajustar” o que tem de errado. Em se tratando de um discurso que vem dos pais ou de familiares, isso também chega sob a forma de um pedido de ajuda diante da difícil tarefa de educar um filho. Alguns não hesitavam em reconhecer um eventual problema por que passava a criança. Outros pais, contudo, mesmo sem serem interrogados sobre o assunto, tratavam de justificar um possível evento ou agente responsável pelo problema que o filho viesse a ter. Desta forma eles alegaram: problemas na gravidez, genitora da criança usuária de drogas, histórico na família de problemas psicológicos, depressão pós-parto, e até mesmo quedas, atingindo a região da cabeça, como possíveis motivos do comportamento “desviante” do filho. Aqui pesa o estigma que ainda recai sobre a doença mental, ao ponto de se tentar encontrar algo ou alguém responsável por um possível caso de transtorno mental na família. Diz também da dimensão da fantasia, da verdade de cada um sobre suas questões.

Outro fator de destaque nos casos dos encaminhamentos das crianças é a relação direta da escola: “A professora sugeriu que a mãe trouxesse o menino por queixa de comportamento” (P834), “A escola solicitou uma avaliação psicológica para que possa montar um plano de trabalho para realizar com a criança” (P759), “Os profissionais da escola a orientaram a procurar atendimento psicológico (relato da mãe)” (P620), “Segundo a diretora, o garoto não se concentra em fazer a tarefa de casa, só quer pintar” e “Não sabe fazer o mínimo esperado para o Infantil V”

(P494). Através dos encaminhamentos feitos indiretamente pela escola vemos se atualizar um outro tipo de discurso ainda dominante nos meios educacionais: o normatizador. Ainda dentro desse contexto, cabe destaque para o laudo dado por um neuropediatra: “Portadora de atraso escolar associado a distúrbio de comportamento, com introspecção, agressividade, humor oscilante. Importante déficit intelectual” (P135).

A criança desenvolve uma relação de muita proximidade com a comunidade escolar. É legítimo que esse ambiente favoreça a identificação de reais demandas para atendimento psicológico. O nosso destaque vem, contudo, para a discussão, já travada anteriormente, do contexto escolar apresentar dificuldade de lidar com certas situações vivenciais, passando a taxá-las apressadamente de problema comportamental do aluno, sempre o único culpado de toda situação. Para Oliveira, Bragagnolo e Souza (2014):

(...) a exclusão e o fracasso escolar têm resultado de uma concepção de estudante, de sociedade e de educação que ainda entende as diferenças que constituem o sujeito como naturalmente dadas, partindo de uma prerrogativa determinista e biologizante na compreensão do fenômeno. (p. 479).

Talvez seja no fenômeno “fracasso escolar” que a *interdiscursividade*, articulação de diferentes discursos, mais se apresente. Além do discurso normatizador, ainda aparece o discurso da mídia e o biomédico. Resende e Ramalho (2011) destacam o papel das mídias como instrumento de lutas hegemônicas o que permite “(...) grupos cada vez mais restritos disseminarem seus discursos, suas visões particulares de mundo como se fossem universais.” (p. 52). Ainda para as autoras, a ADC também se preocupa com os efeitos ideológicos que sentidos de textos possam ter, a serviço de projetos de dominação e exploração que sustentam a distribuição desigual de poder. (RESENDE; RAMALHO, 2011, p. 23). Dessa forma a escola, composta por família, professores e comunidade, é também mais uma peça do grande jogo, que conta com a mídia para dissipar a informação sobre as características dos “distúrbios do comportamento” das crianças, com os médicos para reconhecerem e atestarem a doença, e com a indústria farmacêutica para disponibilizar os medicamentos.

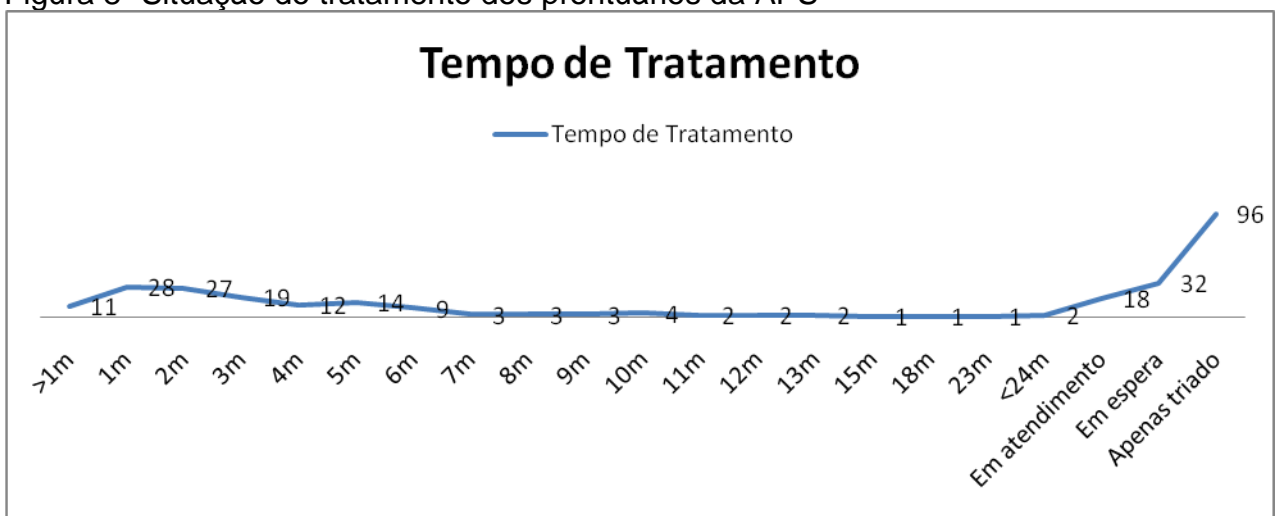
Em resumo: ao S.P.A. são endereçadas as crianças que não se encaixam no que é esperado para sua faixa etária, não se comportam bem, as “desviantes”, as

que incomodam a ordem... Entendemos que isso revela, por outro lado, o fracasso do aparelho pedagógico em dar conta da educação. Freud (1996c) já considerava educar uma das profissões impossíveis. Na verdade essas crianças são encaminhadas inicialmente à APS e esta, assim como a escola, as envia para um outro lugar. Encaminham também as mulheres depressivas, de “choro fácil”, com distúrbio de ansiedade... Ao S.P.A. chega todo o excesso, todos os tabus e incômodos. E então, se não houvesse o S.P.A., para onde essas demandas seriam dirigidas? O que estaria sendo feito por elas? Certamente estavam nas filas dos postos de saúde, tendo a prescrição de medicação como “solução” da maioria dos casos!

5.3 O que faz ficar? Por que abandonam?

Na literatura revisada, a modalidade de atendimento individual nos serviços de Psicologia era por vezes questionada pelas altas taxas de abandono e desistência. Em relação à situação do tratamento, entre os 293 prontuários da pesquisa, 96 casos passaram exclusivamente pela triagem, 32 estão em espera, 28 tiveram um mês de tratamento. Os demais casos podem ser acompanhados no gráfico (Figura 8). Ainda assim, 18 dos casos encaminhados via APS ainda estão em atendimento.

Figura 8- Situação do tratamento dos prontuários da APS



Fonte: Autoria Própria

Antes de tirarmos a conclusão simplista de que de fato o abandono é frequente nos casos atendidos no S.P.A., encaminhados pela APS, cabe detalharmos algumas particularidades do que ocorreu e ainda ocorre no contexto do serviço estudado. Nesse sentido, encontramos como motivos para abandono e desistência situações bem diferentes e mais variável do que as apontadas pela literatura que se resumiam à linguagem tecnicista do psicólogo (CUNHA; BENETTI, 2009), falta de diálogo com os pais (no caso de atendimento de crianças) e difícil acesso à localização do serviço (PREBIANCHI, 2011).

Como motivo para não aderência ao tratamento, apareceu a dificuldade de transporte para quem mora em algum distrito ou localidade distante da sede do município, e mesmo para os que moram na sede. Como já citado anteriormente, o S.P.A. funciona no centro da cidade, ficando de fato distante de alguns bairros. Por questão de proximidade, muitos alegavam estar tentando ser atendido no próprio CSF da sua comunidade, por ser mais conveniente. Adiante ampliaremos a discussão sobre o que é conveniência e o que é resistência ao tratamento.

Identificamos, mais detalhadamente, uma gama de outros motivos, como a questão do horário. Como o S.P.A. funciona no expediente comercial, muitos pacientes abandonavam os atendimentos tão logo conseguiam um trabalho. No caso de quem trabalhava, não continuavam as sessões por não terem a permissão em seus empregos de ficarem disponíveis para o atendimento no horário que o serviço dispunha. Isso acontecia inclusive no atendimento das crianças, já que elas dependiam do horário livre dos pais ou responsáveis para virem ao S.P.A.. Em outros casos o paciente solicitava mudar o horário de atendimento, mas não havia compatibilidade na agenda de nenhum estagiário.

Durante o primeiro ano de atendimento do serviço, em 2012, ocorreu uma greve dos professores da Universidade com a duração de quatro meses. Em consequência, o S.P.A. Raimundo Medeiros de Frota também teve que interromper suas atividades durante esse período, já que os alunos dependem da supervisão dos professores. Nos prontuários analisados foi visto que após esse ocorrido não foi possível dar continuidade ao atendimento de alguns pacientes, seja por não se conseguir contato através do número telefônico deixado, por perda de interesse do paciente devido à demora ou pelo fato de já estarem sendo atendidos em outros lugares. Ainda como um fator inerente à própria conformação do serviço, em alguns casos, o paciente deixou claro o incômodo pela troca de estagiários. Mesmo que

não tenha nenhum registro explícito de abandono por esse fator, sabemos que a troca, que é própria do movimento de mudanças de turmas do curso, pode ter efeitos sob os tratamentos: “Disse que tinha mais intimidade com a estagiária que atendia anteriormente” (P211), ou no caso do P81, onde a mãe da criança só queria que o filho voltasse para o atendimento quando fosse com uma estagiária que pudesse lhe atender por mais tempo.

De todos os motivos que podem influenciar na aderência ou não do tratamento, o fator “número telefônico” foi o que mais chamou nossa atenção. Dada a particularidade do serviço e de sua autonomia administrativa, o único meio de contactar com os pacientes se dá pelo número telefônico que deixam na ficha de triagem. Apesar do S.P.A. dispor dos endereços dos pacientes, não faz parte da lógica do serviço entrar em contato por esse meio. Boa parte dos números telefônicos eram de celulares. O estagiário ao tentar se comunicar com o paciente não consegue, porque a ligação não completa a chamada, acusa número inexistente ou a linha telefônica tem novo dono.

Arelado ao fator acima, havia a questão do tempo decorrido entre a triagem e o primeiro contato para se iniciar os atendimentos. O S.P.A., por causa da grande procura por atendimentos, já tem fila de espera. Esse dado diz da referência que hoje ele representa no município para casos de atendimento em psicologia. No entanto, devido à grande procura, há demora no início de alguns atendimentos e, ao ser feito o primeiro contato com os pacientes após a triagem, algumas vezes já se decorreram dois anos, nesse caso muitos afirmavam não terem mais interesse.

Ainda existiam as situações, como as das crianças, em que a demanda era da família ou da escola, que resultavam em uma não continuidade no atendimento porque a criança se recusava a vir ou porque o estagiário não identificava motivos para dar continuidade. De igual forma havia pacientes que só vinham ao serviço pela imposição da equipe do CSF: “Médico e enfermeiro obrigaram ela a vir, sem isso não continuaria sendo atendida” (P231), “Tem transtorno de pânico e veio para o acompanhamento com o objetivo de retirar o remédio, a pedido do psiquiatra.” (P298). Em ambos os casos os pacientes só vieram para a triagem.

Em menor escala apareceram como motivos para desistência os seguintes casos: mudança de cidade, paciente sendo atendido em outro lugar, óbito e receio de vir ao serviço por considerá-lo “coisa de doido” (P263). Ainda tiveram os

diversos casos em que o abandono carecia de explicação. Desistentes eram todos aqueles que comunicavam que não mais viriam, seja qual fosse o motivo.

Houve ainda por parte de alguns a expectativa de que o estagiário pudesse ter condutas diferentes, como no caso P972, onde na última sessão o paciente demonstrou insatisfação ao não obter resposta quanto ao conselho pedido. Segundo registro do estagiário: “falou que não estava gostando de não receber as respostas que pedia, igualmente como o padre fazia quando o procurava para se confessar” (P972). Depois disso não mais voltou. Nesse mesmo sentido no P924 a paciente solicitou à estagiária um serviço de aconselhamento. Ao obter a resposta negativa falou que iria buscar atendimento com a sua antiga psicóloga que lhe aconselhava. Também nesse ponto, no P443 havia o registro que em uma das sessões o paciente relatou que estava com vontade de desistir por não encontrar respostas para seu problema e ainda no P693: “(...) menina falou que era a última vez que viria, pois sua mãe não estava gostando do trabalho aqui. A mãe queria que aqui passassem remédio e fizessem exames (eletrocefalograma)”.

O atendimento psicológico não se configura como uma consulta com um médico. Ali o ato de falar, de poder dizer sobre “tudo”, pode deixar as pessoas surpresas. O abandono, em alguns casos, pode simbolizar a resistência, quando o paciente não deseja mais saber sobre si, sobre seu lugar no sintoma e justifica que não está em condições de continuar. Grande parte dos estagiários não cede às demandas de acolhimento e aos pedidos por orientações, além de não ser o S.P.A. um espaço em que atuam médicos, que prescrevem receitas de fármacos.

A referência à medicação apareceu em 48,2% dos casos. Uma vez que vêm encaminhados da APS e diante da dificuldade de atendimento psicológico nesse nível de atenção, passar a medicação tem se configurado como uma medida emergencial, a única solução tomada, em conjunto com o encaminhamento, diante dos casos de sofrimento subjetivo. Em um estudo sobre consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres no município de Sobral, Vieira (2015) constatou que o uso da medicação tem a média temporal de pelo menos cinco anos, sendo o principal prescritor o médico da UBS.

Os pacientes traziam uma naturalização do uso da medicação, como no P838, onde o paciente afirma que procurou o S.P.A. para complementar o uso da medicação, e do P701, que afirmou que não consegue viver sem a medicação. Há uma aceitação da dependência ao remédio como no P423, que “queria muito um

remédio que aliviasse as crises por ele vivenciadas”, no P531, que “está se sentindo bem melhor que os remédios estão fazendo efeito”, no P460: “mostrou-se dependente de cada comprimido ingerido diariamente”, e o P537: “Fala que foi dependente de remédios para os nervos, mas conseguiu se livrar. Mas anda com o bolso cheio de remédios. Apesar de não tomar, se sente mais segura”. A presunção é uma forma de consenso, normalização e aceitação, proposição tomada por quem a manifesta como já dada. O que temos, portanto, é uma lógica assim construída: o discurso biomédico bombardeia com a informação que só a medicação resolve, ele é o discurso da ciência e a ciência está do lado que diz a verdade. Logo tomar medicação é o mais adequado a se fazer porque é o mais rápido e o mais eficiente. Isso é o que Fairclough (2003) nomeia como “economia baseada no conhecimento”: “(...) uma economia em que o conhecimento e a informação adquirem um novo e decisivo significado, implica uma economia baseada no discurso: o conhecimento se produz, circula e é consumido como discursos.” (p. 188).

Entretanto conseguimos perceber tensionamentos e mesmo resistências a respeito desse discurso também. Alguns pacientes trouxeram os contratempos do uso da medicação e a vontade de se livrar do remédio: “Não toma medicação porque não quer ficar dependente de remédio” (P510), “Conta que está muito sonolento por conta dos remédios, tendo problemas para conciliar sono e trabalho” (P226), “Pretende fazer psicoterapia, pois não quer ficar dependendo só de remédio” (P599) e “O clínico geral receitou fluoxotina, mas ele acha que o acompanhamento psicológico é mais válido do que a medicação.” (P809).

Há ainda os casos em que essa relação se revela ambivalente. Alguns dizem quererem se livrar, mas não abrem mão daquilo que consideram também precioso. Por isso não podemos ter a compreensão simplista do atendimento individual como deu certo ou deu errado. Nossa pesquisa nos indica que as questões subjetivas, os efeitos e as resistências que surgem durante o processo psicológico, não são possíveis de se medir pelo número de meses ou de atendimento.

Por fim existem os casos dos reais efeitos dos atendimentos, onde o abandono do processo se deu por uma decisão do próprio paciente, diante da constatação do que os atendimentos trouxeram até ali, como no caso do P411, em que a paciente afirmou que estava se sentindo muito bem e por essa razão estava se desligando, e do P129, que considerava que não precisava mais do atendimento

individual, pois queria dar um tempo para ver se estava bem, “queria caminhar com as próprias pernas”. Já no caso do P740 a paciente, que já havia passado pelo serviço, retornou, pois considerava que com os atendimentos tinham ficado melhores, e no P649 o relato que desde o início do atendimento não tomava mais medicação, já que estava se sentindo muito bem.

Os motivos que fazem os pacientes ficarem ou partirem são diversos e singulares. De certo é que os efeitos são imprevisíveis e que não podemos medir seus impactos e alcances. O que se constata é o encontro com um lugar de abertura para a escuta e que, caso queiram voltar, poderão. Isso é o que nos mostra os dezessete casos que foram reincidentes, ou seja, voltaram a procurar o serviço, mas agora por uma demanda espontânea.

5.4 Contato entre o Serviço de Psicologia Aplicada e a Atenção Primária à Saúde

Para Starfield (2004) o maior desafio da APS é a coordenação do cuidado. O profissional que atua nesse nível de atenção deve estar ciente de todos os problemas de saúde do seu paciente, em qualquer contexto em que estes apareçam. Como um dos atributos necessários a APS, a autora cita a longitudinalidade, que é o acompanhamento do paciente conferindo continuidade e efetividade do tratamento ao longo do tempo. Também nomeia como atributo de extrema relevância a integralidade, ou seja, a capacidade da APS reconhecer adequadamente a variedade completa de necessidades relacionadas à saúde do paciente e disponibilizar os recursos para abordá-los.

Diante da análise dos encaminhamentos da APS ao S.P.A., podemos constatar não haver coordenação do cuidado, longitudinalidade, e tão pouco integralidade, em relação aos casos de sofrimento subjetivo do município. De tal forma que não podemos dizer que há relação entre os dois serviços.

Da parte da APS o máximo que pudemos identificar como relação de contato foi o fato da equipe da ESF encaminhar a cópia do prontuário do paciente, muito mais numa tentativa de justificar tudo que se tivesse feito e o porquê do encaminhamento para um serviço de psicologia. Ainda assim esses foram apenas dois casos dos 293 prontuários estudados. O ACS foi o único profissional da equipe que entrou em contato com o S.P.A. para saber sobre os pacientes, mas isso

também aconteceu apenas em dois casos. Ademais em um único encaminhamento a equipe registrou o contato telefônico, mostrando-se disponível para mais informações sobre o caso, e uma psicóloga em especial sempre fazia o mesmo em seus encaminhamentos.

No S.P.A. a situação foi de mais contato e cuidado longitudinal, mesmo o serviço não fazendo parte do SUS e nem compartilhando dos princípios norteadores de tal política. Diante da situação de pacientes graves (suicidas, em crise), que não se conseguia contatar, o estreitamento dos laços com a equipe da APS se mostrou uma ferramenta importante. Foi isso o que alguns estagiários, principalmente das últimas turmas, perceberam, e por essa razão acessavam a rede de saúde de forma mais constante, através de contato com a equipe e visitas a UBS. No entanto podemos nos questionar se isso seria de fato uma atribuição do serviço ou mesmo se cabe aos estagiários esse papel já que também poderia ser uma forma de expor o paciente. A ética da profissão do psicólogo faz com que lidemos de forma diferenciada com os pacientes, para resguardar o sigilo dos casos, contudo é essa mesma lógica ética que justifica o acesso à rede de saúde em caso de pacientes graves.

Ainda por parte do S.P.A. pudemos identificar o contato dos estagiários com a equipe que fez o encaminhamento para esclarecimento de alguns pontos e, em alguns casos, até mesmo visitas ao CSF. Os estudantes também faziam encaminhamentos de diversas ordens, conforme percebessem demandas e sob orientação. Os locais a que mais encaminharam foram: Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), Centro de Especialidades Médicas (CEM), Centro de Referência da Saúde do Trabalhador (CEREST) e escolas. O contato com a equipe do CAPS e os encaminhamentos para os psiquiatras, contudo, teve destaque, talvez pela própria particularidade do tipo de atendimento que estabelece uma relação mais direta com a psiquiatria. Sobretudo nos casos mais recentes foi possível perceber maior abertura para realizar encaminhamentos, manter contatos e acessar as redes, de saúde, de educação ou de assistência social, e de ver o serviço também de certo modo partícipe dessa função articuladora.

Os encaminhamentos da APS ao S.P.A. existem, são significativos, superados apenas pelos que chegam ao serviço por demanda espontânea, mas a relação se finda aí. Nas palavras de Rinaldi (2005) “A ênfase é no acolhimento das demandas que surgem no território, sem necessariamente absorvê-las para si e

dando a elas os encaminhamentos necessários” (p. 97). A integralidade não se concretiza, pois no meio de tantos princípios, diretrizes e políticas, não se tem espaço, por uma série de motivos, de entrar em contato com outros profissionais, de discutir casos... Isso se dá talvez porque a “Atenção Básica” a cada dia ganha novas funções, metas a atingir e campanhas a realizar. Nesse ponto concordamos com Santos (2016) quando afirma que a concentração de investimentos e responsabilidades na dita Atenção Básica é vantajosa do ponto de vista financeiro, na medida que a APS tem o orçamento menor em relação às atenções Secundária e Terciária. Daí decorre o fato de “cada vez mais concentrar na APS a responsabilização sobre o cuidado às pessoas” (SANTOS, 2016, p. 23). Apesar de parecer vantajosa financeiramente essa medida não é viável quanto à resolubilidade dos problemas de saúde dos usuários.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final da pesquisa podemos responder às perguntas que nos motivaram a iniciar todo esse estudo. A Atenção Primária à Saúde do município de Sobral-Ce encaminha ao Serviço de Psicologia Aplicada Raimundo Medeiros de Frota, especialmente, mulheres entre 31 a 50 anos com a queixa de *Sensação de ansiedade/nervosismo/tensão*. Encaminha também homens, crianças, velhos, “depressivos”, “hiperativos”, enfim quem procura por atendimento psicológico na rede primária de saúde e que lá não encontra espaço, seja pela resistência e dificuldade das equipes de Saúde da Família em lidar com a saúde mental, seja porque as equipes de Nasf não conseguem dispensar o cuidado a população a que se propõem.

Partíamos de alguns pressupostos iniciais que puderam ser confirmados ao longo do estudo, tais como: os Centros de Saúde da Família (CSF) estão entre os serviços que mais encaminhavam ao S.P.A., superados apenas pelas demandas espontâneas; o sistema de saúde municipal não dá conta do cuidado integral anunciado pelos programas de saúde, em especial a Saúde Mental na APS. Esse segundo ponto foi comprovado, sobretudo, para os casos considerados de sofrimento subjetivo diante da difícil - se não impossível - prática da integralidade. Somadas ao exercício cotidiano da profissão, as demandas do campo da Saúde Pública tem cada vez mais tornado inviável o tratamento dos casos de sofrimento subjetivo. Além disso a própria condição humana inacabável não será “abarcada” por qualquer política “para todos” que jamais considera a loucura de cada um.

A informação de que os psicólogos são os profissionais da APS que mais encaminham nos surpreendeu, por considerarmos que deveriam ser ali os representantes da importância do trabalho de escuta individual que, em hipótese nenhuma, poderá ser substituído pelos trabalhos de grupo que a política incentiva. Essa surpresa inicial deu lugar à reflexão feita, mostrando que, como que de mãos atadas, eles reconhecem o valor da escuta e da palavra, mas que onde estão não viabilizam esse acompanhamento. Basta que recordemos que o NASF, e consequentemente todos os seus profissionais, tem a função de lidar com a insuficiência das equipes de Saúde da Família e não com os sofrimentos dos sujeitos.

O achado também nos remete à reflexão sobre a própria formação do psicólogo. Os cursos de Psicologia ao pretenderem uma formação generalista acabam por formarem meros técnicos. Então formados, os psicólogos rapidamente se adaptam às políticas dos locais onde atuam, rapidamente perdem a capacidade de pensar. Passam a rejeitar o atendimento individual, negam o espaço de escuta, abolem a própria psicologia. Diante desse contexto, os encaminhamentos feitos ao SPA podem ter vindo até mesmo de equipes da APS que tinham o profissional Psicólogo, mas que se recusava a atender. Ter Psicólogo não é mais sinônimo de ter Psicologia!

Também considerávamos que muitos dos encaminhamentos eram oriundos de uma prática indiscriminada por parte dos demais profissionais das equipes da ESF, ao considerarem que o fato do paciente chorar no atendimento já era motivo para encaminhá-lo ao S.P.A., como podemos constatar nos textos dos encaminhamentos. Embora de fato casos assim tenham sido identificados, as queixas de muitos se concretizavam. Ainda que sob outro entendimento diagnóstico os pacientes tinham suas reais questões e ansiavam por serem escutados.

Como um desdobramento da pesquisa, por mais que não possamos explorar, devemos pontuar aqui o tempo médio de duração do atendimento. Um mês foi o tempo médio de tratamento que mais prevaleceu. No entanto o fato evidenciou outras variáveis, como falta de transporte público e o fato do S.P.A. funcionar em horário comercial, apenas, muito mais do âmbito das problemáticas sociais, portanto, do que do desejo dos pacientes em continuarem sendo atendidos. As observações feitas servem de argumentos para ampliar a discussão com os autores do campo que justificavam a ineficácia da clínica através do que consideram grandes taxas de abandono e desistência.

O S.P.A. já é um lugar de referência como espaço para as ações em Psicologia à população. Funciona como a “válvula de escape” dos serviços de saúde, único lugar onde o psicólogo pode fazer psicologia. Há impacto desse equipamento no município e há, em contrapartida, um impacto da rede de saúde do município no S.P.A., o que pode proporcionar até mesmo ao aluno em estágio a prática da ação em rede, compreendendo as demandas, os fluxos e contra fluxos.

Por mais que haja encaminhamento, portanto reconhecimento do trabalho do serviço, não apareceu na pesquisa dados que revelem a continuidade do processo de cuidado e contato das UBSs com o S.P.A.. Isso nos mostra que os

princípios de longitudinalidade, integralidade e cuidado continuado não têm sido efetivados, pelo menos nesse nível. Mostrou ainda que o que não se pode fazer na APS é Psicologia.

Se há o reconhecimento da importância do S.P.A., há o reconhecimento da importância da clínica, do atendimento individual, do trabalho de escuta. As grandes filas de espera e os encaminhamentos massivos são a prova disso. Revelam que a clínica não morreu!

Mesmo assim compreendemos que a clínica se faz necessária como uma prática dentre muitas. Ainda assim, se há uma tentativa de “racionalizar” gastos, considerando o trabalho de grupo mais importante, esse sujeito com demandas de fala continuará a aparecer, seja faltando às rodas de conversas quando convocado, seja retornando às filas com outras demandas. Isso nos mostra onde o serviço fracassa.

Finalmente é importante ressaltarmos que o estudo foi uma análise documental e que tomou os prontuários como documento vivo, por revelar a vivência nesse espaço de aprendizagem. A propósito, como forma de retorno da pesquisa ao campo, pretende-se apresentar os achados do estudo para o curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará e para a rede de saúde da APS do município.

REFERÊNCIAS

ADORNO, T. W.; HORKHEIMER, M. **Dialética do Esclarecimento**: Fragmentos Filosóficos. 2ª ed. Trad. Guido Antonio de Almeida. Rio de Janeiro: Zahar, 1985. Disponível em: <<http://antivalor.vilabol.uol.com.br>>. Acesso em: 05 de mai., 2015.

AGUILERA, S. L. V. U. *et al.* Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. adm. pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n.4, Aug., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S00034-76122013000400010&lng=em&nrm=isso>. Acesso em 06 de dez. 2014.

ALTOÉ, S. Sobre o termo instituição e as práticas institucionais. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005.

AMARAL, A. E. V. *et al.* Serviços de psicologia em clínicas-escola: revisão de literatura. **Bol. Psicol.**, São Paulo, v. 62, n.136, jun., 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432012000100005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

ANCONA-LOPES, Marília. Considerações sobre o atendimento fornecido por clínicas-escola de psicologia. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**; 2(35): 123-135, 1983. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/abp/article/view/18922/17664>>. Acesso em: 06 de dez. 2014.

ANDRADE, L. O. M.; JÚNIOR, T. M. Saúde da Família: Construindo um Novo Modelo, a experiência de Sobral. **Sanare** (Sobral, Online), p. 7-17, 1999. Disponível em: <<http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/215/202>>. Acesso em: 11 de ago. 2016.

ARCE, V. A. R.; SOUSA, M. F. de; LIMA M. G. A práxis da Saúde Mental no Âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. **Physis: revista de saúde coletiva**, 21(2):541-560, 2011.

BACON, Francis. **Novum Organum**. Trad. José Aluysio Reis de Andrade. [S.I]: Acrópolis, 2002. Disponível em: <<http://www.psb40.org.br/bib/b12.pdf>>. Acesso em: 23 de mar. 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2011.

BOAZ, C.; NUNES, M. L. T.; HIRAKATA, V. N. A Problemática do Desenvolvimento de Crianças assistidas por Clínicas-Escola Brasileiras mudaram no decorrer das décadas? **Psico** (Porto Alegre), PUCRS, v. 43, n. 3, p. 334-340, jul./set., 2012.

BORSA, J. C. *et al.* Centro de Avaliação Psicológica- CAP: uma clínica-escola especializada em avaliação e diagnóstico psicológico. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, 25(1), 101-114, 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. **Parecer nº. 403/62 de 1962**. Disponível em:
<http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_1962_2.htm>.
Acesso em: 05 de dez. 2014.

_____. Presidência da República. Lei 4.119 de 26 de agosto de 1962. Dispõe sobre o curso de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. **Diário Oficial da União**. Brasília, 14 dez., 1962. Disponível em:
<http://www.abepsi.org.br/abepsi/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_1962_2.htm>.
Acesso em: 05 de dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia básica em saúde**. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**: documento para discussão. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Declaração de Caracas. **Legislação em Saúde Mental**. 1990-2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Portaria GM 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família- NASF. **Diário Oficial da União**. Brasília, 24 jan., 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMARGO JUNIOR, K. R. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. 1ª ed. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. As armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 76 (1): 63-76, 2007.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas: teoria Paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec/Fiocruz, 2006.

CAMPEZZATO, P. V. M.; NUNES, M. L. T. Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. **Estud. Psicol.** (Campinas), 24(3), 363-374, 2007.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Trad. Maria Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 6ª ed., Rio de Janeiro: Editora Forense Universitária, 2009.

CAPONI, S. Saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. ; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CARVALHO, Sérgio Resende. Reflexões sobre o tema da cidadania e a produção de subjetividade no SUS. In: CARVALHO, Sérgio Resende; BARROS, Maria Elizabeth; FERIGATO, Sabrina (Orgs.). **Conexões: saúde coletiva e políticas da subjetividade**. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

CAVALCANTI, I. L. O sujeito da psicanálise em instituições psiquiátricas públicas. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. Ed. Ática: São Paulo, 2000.

COMTE, Auguste. **Curso de filosofia positiva**. Seleção de textos de José Arthur Giannotti. Traduções de José Arthur Giannotti e Miguel Lemos. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

COSSIO, Mauricio Blanco; STEINBRÜCK, Melissa Abla. **Pesquisa Qualitativa – Estou Seguro**. Rio de Janeiro: Instituto de estudo e trabalho de sociedade, 2011.

CUNHA, Gustavo Tenório; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, dez., 2011.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 de dez. 2014.

CUNHA, T. R. S.; BENETTI, S. P. C. Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de Psicologia. **Bol. Psicol.**, v.59, n.130, 117-127, 2009.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DELFINI, P. S. S.; REIS, O. A. R. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infanto juvenil. **Cad. saúde pública**. Rio de Janeiro, vol. 28, n. 2, fev., 2012.

DEL PINO, M. A. P. Que clínica é possível dentro de uma clínica escola? **TransFormações em Psicologia**, São Paulo, v. 1, n. 1, 2008.

DESCARTES, R. **Discurso do método**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

DOESCHER, Andréa Marques Leão; HENRIQUES, Wilma Magaldi. Plantão psicológico: um encontro com o outro na urgência. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 4, p. 717-723, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

ELIA, L. O Inconsciente público e coletivo e a estrutura da experiência psicanalítica. In: IV Congresso de Psicopatologia Fundamental, 2010, Curitiba. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/posteres_iv_congresso/mesas_iv_congresso/mr36-luciano-elia.pdf>. Acesso em: 10 de ago. 2016.

FAIRCLOUGH, N. El análisis crítico dei discurso como método para la investigación em ciências sociales. In: WODAK, R.; MEYER, M. (conip.) **Métodos de análisis crítico dei discurso**. Barcelona: Gcdisa, 2003, p. 179-204.

FERREIRA NETO, João Leite; PENNA, Lícia Mara Dias. Ética, clínica e diretrizes: a formação do psicólogo em tempos de avaliação de cursos. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 2, p. 381-390, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

FIGUEIREDO, Mariana Dorsa; CAMPOS, Rosana Onocko. Saúde Mental na atenção básica à saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.14, n.1, p. 129-138, 2009.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Tradução Roberto Machado. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1977.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 30ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

_____. **Microfísica do Poder**. 28 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2014.

FREITAG, B. **A Teoria Crítica ontem e hoje**. 5ª ed., São Paulo, SP: Ed. Brasiliense, 1994.

FREUD, Sigmund. **Linhas de progresso na terapia psicanalítica** (1919). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XVII. Rio de Janeiro: Imago, 1996a.

_____. **O mal-estar na civilização** (1930). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XXI. Rio de Janeiro: Imago, 1996b.

_____. **Análise terminável e interminável** (1937). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XXIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996c.

_____. **Psicologia das Massas e Análise do Ego** (1939). In: Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, vol. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996d.

FURTADO, Mariana; SZAPIRO, Ana. Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 811-821, Dec., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de mar. 2015.

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface comun. saude educ.** (online), vol. 16, n. 40, p. 21-34, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2112.pdf>>. Acesso em: 11 de set. 2016.

GAUY, Fabiana Vieira; FERNANDES, Luan Flávia Barufi. RESENHA: Um panorama do cenário brasileiro sobre atendimento psicológico em clínicas-escola. **Paidéia** (Ribeirão Preto), 18(40), 401-404, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/16.pdf>>. Acessado em: 02 de dez. 2014.

GIDDENS, A. **As consequências da modernidade**. 2ª. ed. São Paulo: UNESP, 1991.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando dádiva se transforma em Saúde: Algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e Estado. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A., de (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Cepesc, 2008.

HIRDES, Alice; SCARPARO, Helena Beatriz Kochenborger. O labirinto e o minotauro: saúde mental na Atenção Primária à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.20, n.2, p. 383-393, 2015. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n2/1413-8123-csc-20-02-0383.pdf>>. Acesso em 11 de set. 2016.

HORI, Alice Ayako; NASCIMENTO, Andréia de Fátima. O Projeto Terapêutico Singular e as práticas de saúde mental nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.19, n.8, p. 3561-3571, 2014. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03561.pdf>>. Acesso em 11 de set. 2016.

IGLESIAS, Alexandra; AVELLAR, Luziane Zacché. Apoio Matricial: um estudo bibliográfico. **Ciênc. saúde coletiva** [online], vol.19, n.9, p. 3791-3798, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n9/1413-8123-csc-19-09-3791.pdf>>. Acesso em: 11 de set. 2016.

JUSTEN, A. *et al.* Identificação da população atendida no Centro de Psicologia aplicada da Universidade Paranaense. **Arq. Ciênc. Saúde, UNIPAR, Umuarama**, v. 14, n. 3, p. 197-209, set./dez., 2010.

LOPES, M. S. V. *et al.* Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, Jul-Set; 19(3): 461-8, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a07v19n3.pdf>>. Acesso em: 23 de abr. 2015.

LUIZ, Olinda do Carmo; COHN, Amélia. Sociedade de risco e risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2339-2348, nov., 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24 de ago. 2015.

MACEDO, M. K. *et al.* Motivos de busca de atendimento psicológico por adolescentes em uma Clínica-escola. **Psicol. teor. Prat.**, 13,(2), 63-75, 2011.

MANTOVANI, Carina Cella Panaia; MARTURANO, Edna Maria; SILVARES, Edwiges Ferreira de Mattos. Abandono do atendimento em uma clínica-escola de psicologia infantil: variáveis associadas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 15, n. 3, p. 527-535, jul./set., 2010.

MARAVIESKI, S.; SERRALTA, F. B. Características clínicas e sociodemográficas da clientela atendida em uma clínica escola de psicologia. **Temas psicol.** (On line), Ribeirão Preto, vol.19, n. 2, 481-490, dez, 2011. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v19n2/v19n2a11.pdf>>. Acesso em: 11 de set. 2016.

MARCONDES, Willer Baumgarte. A convergência de referências na Promoção da Saúde. **Saúde Soc.**, v.13, n.1, p. 5-13, jan-abr, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902004000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 21 de abr. 2015.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; BERNARDES, Anita Guazzelli; GUARESCHI Neuza. O Conceito de Saúde e suas Implicações nas Práticas Psicológicas. **Psic.: Teor. e**

Pesq., Brasília, Set-Dez 2005, Vol. 21 n. 3, p. 263-269. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v21n3/a02v21n3>>. Acesso em 23 de abril de 2015.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p. Disponível em: <<http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/Redes-de-Atencao-mendes2.pdf>>. Acesso em: 06 de dez. 2014.

MOURA, C. B., *et al.* Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do ChildBehaviorChecklist (CBCL). **Contextos Clínic.**, 1(1), 1-8, 2008.

NAKAMURA, M. *et al.* Desvendando a queixa escolar: um estudo no Serviço de Psicologia da Universidade Federal de Rondônia. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**, v.12, n. 2, 423-429, Julho/Dezembro, 2008.

OLIVEIRA, Joyce Lúcia Abreu Pereira; BRAGAGNOLO, Regina Ingrid; SOUZA, Simone Vieira de. Proposições metodológicas na intervenção com estudantes com queixa escolar. **Psicol. Esc. Educ.**, Maringá, v. 18, n. 3, p. 477-484, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-85572014000300477&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 de mar. 2016.

OLIVEIRA, Margareth Silva; SANTOS, Paola Lucena; BARTOLON, Catherine. Clientela adulta de serviço psicológico: características clínicas e sociodemográficas. **Psicol. teor. Prat.**, São Paulo, 15(2), 192-202, maio-ago., 2013.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, Sept., 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000700020&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 de dez. 2014.

OPAS/OMS. Declaração de Alma-Ata. In: **Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**, 1978; Alma Ata. Disponível em: <<http://www.opas.org.br>> Acesso em: 21 de abr. 2015.

PEREIRA, M. D. Lugar de autista e sofrimento psíquico grave é no CAPSI. In: FURTADO, L. A. R.; VIEIRA, C. A. L. **O autismo, o sujeito e a Psicanálise: Consonâncias**. Curitiba: Editora CRV, 2014.

POGREBINSCHI, T. Foucault, para além do poder disciplinar e do biopoder. **Lua Nova** [on line], n. 63, 179-201, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ln/n63/a08n63.pdf>>. Acesso em 11 de set. 2016.

PREBIANCHI, H. Atenção psicológica infantil: compreensão de usuários e estagiários do serviço-escola. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), v. 17, n. 2, p. 322-339, ago., 2011.

- PREBIANCHI, H.; CURY, V. Atendimento infantil numa clínica-escola de Psicologia: Percepção dos profissionais envolvidos. **Paidéia** (Ribeirão Preto), 15 (31), 249-258, 2005.
- RESENDE, Viviane de Melo; RAMALHO, Viviane. **Análise de discurso crítica**. São Paulo: Contexto, 2006.
- RESENDE, Viviane de Melo; RAMALHO, Viviane. **Análise de discurso (para a) crítica: O texto como material de pesquisa**. Campinas: Ponte Editores, 2011.
- RINALDI, D. Clínica e Política: a direção do tratamento psicanalítico no campo da saúde mental. In: LIMA, M. M.; ALTOÉ, S. (Orgs.). **Psicanálise, clínica e instituição**. Rio de Janeiro: Rio Ambiciosos, 2005.
- ROMARO, R. A.; OLIVEIRA P. E. C. L. Identificação das queixas de adultos separados atendidos em uma clínica-escola de Psicologia. **Psicol. ciênc. Prof.**, 28 (4), 780-793, 2008.
- SAMPAIO, J. J. C.; CARNEIRO, C. Rede de Atenção Integral à Saúde Mental de Sobral-CE: planejamento, supervisão e reflexões críticas. **Sanare**, Sobral, v. 6, n.2, p. 7-25, jul./dez., 2005/2007.
- SANTOS, S. F. P. dos. **Reflexões sobre a clínica e sua função na rede de saúde de Sobral-CE a partir dos encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde, direcionados ao Serviço de Psicologia Aplicada Raimundo Medeiros de Frota-S.P.A.** 2016. 32 p. Monografia (Graduação em Psicologia) - Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2016.
- SASSI, R.; MAGGI, A. Demandas de Psicologia escolar para uma clínica-escola. **Psico** (Porto Alegre), 38(1), 35-44, 2007.
- SCLIAR, Moacyr. História do Conceito de saúde. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 21 de abr. 2015.
- SERRA, Carlos Gonçalves; RODRIGUES, Paulo Henrique de Almeida. Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, Nov., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900033&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 de dez. 2014.
- SILVA, Laura Belluzzo de Campos. Mudanças no campo da saúde e impactos para a psicologia. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 4 p. 711-715, out./dez., 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000400017>. Acesso em: 23 de abr. 2015.
- SOBRAL. A Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia de Sobral – **EFSFVS**. 2016. Disponível

em:<http://www.sobral.ce.gov.br/site_novo/sec/esf/index.php/secretaria/apresentacao>.

Acesso em: 11 de ago. 2016.

SOUSA, N. C.; MENESES, A. B. N. T. O poder disciplinar: Uma leitura em Vigiar e Punir. **Saberes**, Natal- RN, v.1, n.4, jun., 2010.

SOUZA, Edvalda Ludmilla Cunha de; BARROS NETA, Fernanda Teixeira de; VIEIRA, Emanuel Meireles. Interface do plantão psicológico e as políticas de assistência social. **Rev. Nufen.**, São Paulo , v. 4, n. 2, dez., 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-25912012000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: Unesco Brasil/ Ministério da Saúde, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Curso de Psicologia. Campus de Sobral. **Regimento Interno do Serviço de Psicologia Aplicada- S.P.A.** Sobral, 2011.

VERCEZE, Flávia Angelo; SEI, Maíra Bonafé; BRAGA, Carla Maria Lima. A demanda por psicoterapia na adolescência: a visão dos pais e dos filhos, **Revista de Psicologia da UNESP**, 12(2), 2013.

VIEIRA, C. A. L.; BOSI, M. L. M. Corpos em confecção: considerações sobre os dispositivos científico e midiático em revistas de beleza feminina. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 23 [3]: 843-861, 2013.

VIEIRA, B. G. **O consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos por mulheres na Estratégia de Saúde da Família.** 2015. 106 p. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2015.

VIVIAN, A. G.; TIMM, J.S.; SOUZA, F. P. Serviço-escola de psicologia: caracterização da clientela infanto juvenil atendida de 2008 a 2012, em uma Universidade privada do RS. **Aletheia**, n. 42, p. 136-152, 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Officials Records of the World Health Organization.** New York: WHO, 1948.

WIELEWICKI, Annie. Problemas de comportamento infantil: importância e limitações de estudos de caracterização em clínicas-escola Brasileiras. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 2, dez., 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2011000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 de jan. 2016.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; PERRONE, Claudia Maria. O Processo de construção de uma rede de atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. **Physis: revista de saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 277-293, 2008.

APÊNDICE
ROTEIRO DE ANÁLISE DOS DADOS DO PRONTUÁRIO

Nº do prontuário	Sexo	Idade	CSF
Por qual profissional foi encaminhado? Foi sugerido algum meio de tratamento?			
Demandas/Queixas			
Quanto tempo passou/está no tratamento? Como se deu/dá essa relação?			
Contato do S.P.A. com o CSF ou vice-versa? De que forma?			
Outras observações que se tornem relevantes à pesquisa.			

ANEXO
LISTA DE QUEIXAS DO SERVIÇO DE PSICOLOGIA DE APLICADA

Classificação de motivos da consulta
01 - Abuso do álcool (Agudo ou crônico)
02 - Abuso do tabaco (Agudo ou crônico)
03 - Abuso de medicação (Agudo ou crônico)
04 - Abuso de drogas (Agudo ou crônico)
05 - Acontecimento violento/violências
06 - Suicídio / tentativa de suicídio
07 - Tonturas e dores de cabeças repentinas
08 - Perturbação do sono
09 - Alteração da memória
10 - Desmaios súbitos
11 - Dormências e formigamentos (na cabeça)
12 - Gaguejar, balbuciar, tiques
13 - Movimentos Involuntários
14 - Dificuldade específica de aprendizagem
15 - Problema de alimentação da criança
16 - Queixa do comportamento da criança
17 - Queixa do comportamento do adolescente
18 - Gravidez não desejada/ Tentativa de Aborto
19 - Dificuldades em engravidar/infertilidade
20 - Diminuição do desejo/satisfação sexual
21 - Preocupação com a preferência sexual
22 - Relacionamento com familiar autista/com necessidades especiais
23 - Problema relacional com o parceiro/ família
24 - Problema relacional com amigos
25 - Perda por falecimento
26 - Preocupação com o envelhecimento/senescência
27 - Medo de perturbação mental
28 - Medo de morrer / da morte
29 - Medo ou dificuldade de interação social
30 - Sentimento de Incapacidade/Limitação
31 - Mudança brusca de humor
32 - Sentir-se / comportar-se de forma irritável / zangada
33 - Sensação de depressão
34 - Sensação de ansiedade / nervosismo / tensão
35 - Problemas alimentares
36 - Molhar a cama, enurese
37 - Encoprese / outro problema de incontinência fecal
38 - Sofrimento profissional/ Desemprego
39 - Reação aguda ao stress