

PSICOLOGIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE: ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM CONTEXTOS DE PRECARIZAÇÃO

Psychology in the Sistema Único de Saúde of Porto Alegre: Work Organization in Precarious Contexts

Martina Peres Couto¹
Angelo Brandelli Costa²

Artigo encaminhado: 14/10/2020
Artigo aceito para publicação: 25/09/2023

RESUMO: Diante dos desafios da Psicologia em se adaptar às novas estratégias de cuidado em saúde, necessárias para a atuação em políticas públicas, e da crescente precarização do Sistema Único de Saúde (SUS), essa pesquisa buscou analisar as percepções de profissionais que estão inseridos nesse contexto de trabalho. Com foco na saúde do trabalhador, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco psicólogos(as) que atuam em diferentes serviços da rede de atenção primária e secundária de saúde do município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul. Utilizou-se a análise de conteúdo para a interpretação do material, realizada com fundamentação na Teoria Psicodinâmica de Dejours. Para este artigo, três temas se destacaram: Organização e condições de trabalho; Estratégias de cuidado em saúde; e Sofrimento no trabalho. A análise dos relatos demonstra uma grande disparidade entre o modelo de trabalho preconizado pelas políticas públicas de saúde e o real do trabalho. Questões como desarticulação da rede e sobrecarga de tarefas apontam para organização do trabalho geradora de sofrimento. A falta de suporte institucional previsto nas políticas e as deficiências na formação em Psicologia contribuem para a resistência da categoria em superar o modelo clínico-privatista. As ações individuais e a enorme demanda para atendimentos ocupam o cotidiano dos serviços, afastando os psicólogos dos espaços de organização do trabalho. Tal atuação dificulta o posicionamento político da categoria, necessário para reinventar as suas práticas e (re)agir em um contexto de desmonte da saúde pública.

¹ Psicóloga e especialista em Psicologia do Desenvolvimento e da Aprendizagem pela PUCRS. martinapcouto@gmail.com

² Doutor em Psicologia UFRGS, professor do PPG em psicologia PUCRS, angelo.costa@pucrs.br

Palavras-chave: Psicologia da Saúde. Sistema único de saúde. Saúde ocupacional.

ABSTRACT: Faced with the challenges of Psychology in adapting to new health care strategies, necessary for the performance with public policies, and the growing precariousness of the Sistema Único de Saúde (SUS), this research sought to analyze the perceptions of professionals who are included in this work context. Based on the occupational health, semi-structured interviews were conducted with five psychologists who work in different services of the primary and secondary health care network in the city of Porto Alegre. Qualitative content analysis was used to interpret the material, based on the Dejours Psychodynamic Theory. For this article, three categories of theme emerged: Organization and working conditions; Health care strategies; and Suffering at work. The analysis of the results shows a great disparity between the working model prescribed by public health policies and the real work. Issues such as disarticulation of the network and overload of tasks point to working conditions that generate suffering. The lack of institutional support provided in the policies and the deficiencies in training in Psychology contribute to the resistance of the category to overcome the clinical-individualist model. Individual actions and the enormous demand for care occupy the routine of services, keeping psychologists away from the spaces of work organization. Such action hinders the political positioning of the category, necessary to reinvent its practices and (re)act in a political context of dismantling public health. **Keywords:** Health Psychology. Sistema Único de Saúde. Occupational health.

1 INTRODUÇÃO

A regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1990) foi resultado de movimentos políticos e sociais que buscavam uma mudança de paradigma ao definir a saúde como direito humano e dever do Estado. As políticas públicas de saúde carregam, desde então, contradições que

denunciam os atravessamentos históricos e políticos que perpassam a sua constituição, como as discontinuidades administrativas e a articulação público-privada, que dificultam a coordenação e a integração da rede de saúde como um todo (PAIM et al, 2011).

Com uma proposta de descentralização administrativa, de hierarquização e regionalização, o SUS se organiza em níveis de complexidade conforme a densidade tecnológica. O sistema tem na atenção básica a sua principal porta de entrada, sendo a Estratégia de Saúde da Família (ESF) seu modelo representativo (BRASIL, 2017). O trabalho desenvolvido no primeiro nível de atenção do SUS conta com uma equipe mínima formada por profissionais da medicina, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Referenciadas em unidades de saúde, as equipes têm o objetivo de se vincular com a comunidade local, visando a promoção e a prevenção em saúde (PAIM, 2015).

Os profissionais de psicologia não estão incluídos nas equipes mínimas da atenção básica, ocupando esse espaço por meio de estratégias como o matriciamento, no qual as equipes interdisciplinares ficam referenciadas nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). O trabalho nesse nível pressupõe a articulação às Equipes de ESF, oferecendo apoio técnico-pedagógico e assistencial a fim de qualificar o cuidado (ARAÚJO; NETO, 2019).

A organização da saúde mental se estrutura na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), voltada para atender pessoas em sofrimento, com transtornos mentais ou com prejuízos em decorrência do uso de crack, álcool e outras drogas. A rede é composta por serviços que estão presentes nos três níveis de complexidade, como nas Unidades Básicas de Saúde e nos Consultórios de Rua, nos Serviços Residenciais Terapêuticos e nas iniciativas de Geração de Renda e nas enfermarias especializadas em Hospital Geral. Entre estes, o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) se destaca como um serviço de substituição à lógica manicomial e excludente, e aparece nessa pesquisa como o serviço representante do segundo nível de atenção à saúde.

Desse modo, as mudanças promovidas pelas reformas sanitária e psiquiátrica abriram um amplo mercado de trabalho na saúde pública para profissões que ocupavam muito pouco esse espaço, dentre elas, a Psicologia. A contratação de psicólogos para compor as equipes de trabalho interdisciplinar apostava na potência desse saber para participar da transformação dos modelos de atenção em saúde, que deveria ir além do que era demandado pelas políticas públicas, buscando, inclusive, a modificação do conceito de saúde (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012). Nessa proposta, o CAPS se apresenta como o principal serviço substitutivo às instituições manicomiais, sendo organizado para garantir a cidadania e promover a autonomia dos usuários. Para isso, deve desenvolver atividades como atendimento individual, grupos, oficinas terapêuticas, visitas domiciliares e atividades comunitárias, sendo sempre coordenados por equipes multidisciplinares que atuam de forma coletiva e em rede (BRASIL, 2002).

A Psicologia, por sua vez, viu-se diante do desafio de reinvenção das próprias práticas, visto que a formação e os instrumentos teórico e metodológicos ainda focam a atuação clínica, com base em um modelo clínico-privatista que prioriza os fatores psicológicos individuais em detrimento do contexto social (ARAGAKI; SPINK; BERNARDES, 2012). A transposição desse modelo para a saúde pública entrou em conflito com as políticas de saúde e seus objetivos, evidenciou uma deficiência na formação e na instrumentalização da categoria para superar o modelo biomédico (ARAGAKI; SPINK; BERNARDES, 2012).

Em vista disso, pesquisas ainda demonstram que há uma resistência da categoria em trabalhar de forma interdisciplinar e em identificar-se como “profissional da saúde” (BOING; CREPALDI, 2010; DIMENSTEIN; MACEDO, 2012; CELA; OLIVEIRA, 2015). Quando ocupa o espaço da atenção básica por meio das equipes de matriciamento, trabalhando junto à ESF ou em NASF-AB, a Psicologia se posiciona como uma especialidade. Tal postura vem gerando questionamentos sobre a eficácia das suas técnicas e sobre a importância dos psicólogos na atenção básica no contexto da saúde coletiva.

Esse panorama convocou o Conselho Federal de Psicologia (CFP) a desenvolver orientações para uma inserção mais eficiente da categoria no campo da saúde pública. Assim, em 2006 foi criado o Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), além de outras estratégias como a realização de eventos e a criação de documentos que buscaram criar uma identidade da Psicologia no SUS (DIMENSTEIN; MACEDO, 2012).

Entretanto, a prescrição do trabalho da Psicologia na saúde pública, seja por meio das políticas, seja pelos documentos e resoluções do CFP, ainda não corresponde à realidade dos serviços. A fim de analisar a distância entre o prescrito e o real desse trabalho, buscou-se a fundamentação da Psicodinâmica do Trabalho. Dejours (1997), ao analisar as relações humanas no trabalho, faz uma distinção entre tarefa e atividade. É dessa diferença que surgem as falhas, o sofrimento psíquico pelo trabalho e a demanda de intervenção em saúde do trabalhador. Enquanto a tarefa se refere ao trabalho prescrito, o que deve ser feito; a atividade se refere ao trabalho real, o que é feito. No trabalho em saúde pública, por exemplo, pode-se compreender a prescrição do trabalho como sendo as políticas e normativas do Ministério da Saúde, que colocam os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade, bem como as descrições de atividades previstas para cada equipamento de saúde (KATSURAYAMA et al, 2013).

No entanto, segundo Dejours (1997), a tarefa prescrita nunca será o trabalho real, pois entre eles se impõe a condição humana, experiência vivida que representa uma resistência ao domínio da técnica. Segundo Dejours, o real do trabalho, então, explicitaria o fracasso da técnica, pois não há como ser conceitualizado, controlado ou simbolizado. Desse modo, a técnica e a organização do trabalho precisam ser revistas constantemente para diminuir a distância entre a prescrição da tarefa e a atividade em si.

Ainda dentro dessa teoria, há uma diferença entre o real do trabalho e a realidade. A realidade, como condição do ambiente, é um estado que pode ser definido, enquanto o real do trabalho é situacional, faz parte do cotidiano. Ele

está em constante mudança e diz respeito à relação do trabalhador com o seu trabalho. Assim, por mais que as condições de trabalho estejam adequadas, o real do trabalho se faz presente, não necessariamente de uma forma negativa. Enquanto a atividade, por não corresponder à técnica, pode ser julgada pelas falhas, ela também pode mostrar o que ainda precisa ser melhorado, quais as possibilidades de mudança e de que forma o fator humano influencia a técnica (DEJOURS, 1997).

Analisando a realidade do trabalho na saúde pública no Brasil, Katsurayama, Parente, Moraes e Moretti-Pires (2013) atentaram para deficiências que já aparecem nas condições de trabalho, em que, com bastante frequência, equipes de ESF precisam ser referência de uma população que ultrapassa os limites estabelecidos pelas políticas. Além disso, em alguns municípios, a Unidade Básica de Saúde é o único serviço disponível na região, o que significa que casos de maior complexidade precisam ser tratados nesse local por não haver outra rede possível. Nesses casos, o real do trabalho vai se dar em condições que dificultam a organização dos trabalhadores.

Na psicopatologia do trabalho, as condições de trabalho dizem respeito ao ambiente físico e às exposições biológicas e estão relacionadas às somatizações. A organização do trabalho, por outro lado, refere-se à divisão das tarefas e prescrição das atividades, bem como a divisão dos trabalhadores em atribuição de cargos, hierarquias e poderes. Esta incidirá sobre o funcionamento psíquico. Considerando que cada sujeito tem uma história anterior, a organização do trabalho afetará a subjetividade dos trabalhadores de forma diferente. Assim, por mais que se trate de uma categoria que vivencia os mesmos conflitos, cada trabalhador irá experimentar o sofrimento de forma singular, construindo caminhos originais para se defender nesse contexto (DEJOURS et al, 2007).

Além disso, é importante ressaltar o momento atual da saúde pública no Brasil. A possibilidade de participação da iniciativa privada (BRASIL, 1990), a presença constante de ideologias neoliberais e a figura do estado como o principal regulador são componentes que historicamente marcaram a

(des)estruturação do SUS, contribuindo para a crescente precarização das ações e serviços oferecidos e que, atualmente, ameaçam um desmonte do sistema (PAIM et al, 2011; SEIDL et al, 2014; AMARANTE; NUNES, 2018).

Tendo em vista os desafios da Psicologia em atuar de acordo com os novos modelos de saúde e levando em consideração a importância da RAPS, uma das principais inovações da reforma sanitária, essa pesquisa buscou analisar as percepções de profissionais da Psicologia que atuam nos níveis de atenção primária e secundária do SUS no município de Porto Alegre, no Rio Grande do Sul, a respeito do seu trabalho. Para realizar este percurso, foram utilizados os conceitos desenvolvidos por Christophe Dejours, a fim de verificar as disparidades entre o prescrito e o real e investigar de que forma se dá a organização do trabalho e se aparece sofrimento no cotidiano dos trabalhadores.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

A presente pesquisa está vinculada ao projeto PET Redes, elaborado pelo Programa de Educação Tutorial (PET) Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). A pesquisa base é composta pelo estudo 1, no qual foi realizado o mapeamento dos serviços de saúde e assistência do município de Porto Alegre, e pelo estudo 2, que investigou a experiência de inserção e de atuação da Psicologia nesses serviços. Neste artigo, foram utilizados dados levantados no estudo 2, nas entrevistas realizadas com profissionais que atuam na atenção básica e na média complexidade do SUS.

Essa pesquisa, de caráter exploratório (CRESWELL, 2010), foi realizada a partir de entrevistas semiestruturadas, com questões para compreender a atuação da psicologia na saúde. As questões que mais contribuíram para a análise do presente artigo abordaram o ingresso do trabalhador no serviço público, a experiência enquanto profissional de psicologia no local de trabalho atual, os desafios e potencialidades da atuação e a rotina de trabalho.

Foram entrevistados cinco profissionais da Psicologia que atuam em serviços públicos da rede de saúde do município de Porto Alegre. O convite para os profissionais foi feito por e-mail ou telefone, por meio de indicações de pessoas conhecidas. Uma amostra por conveniência de psicólogos trabalhando em serviços de saúde foi construída. Aproximadamente quinze psicólogos foram contatados, mas apenas cinco retornaram com disponibilidade para participar da pesquisa. As entrevistas foram conduzidas por um ou dois graduandos de Psicologia, vinculados ao grupo PET Psicologia da PUCRS.

Os encontros ocorreram entre os meses de agosto e outubro de 2018, em uma entrevista com cada profissional, com duração entre 40 e 75 minutos. Elas foram conduzidas nos locais de trabalho dos participantes, em espaços reservados para garantir a privacidade e o sigilo do relato e aconteceram em tom informal, a partir de questões abertas que permitiram explorar o tema previamente estabelecido na área de saúde do trabalhador.

As entrevistas foram gravadas em áudio e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de acordo com o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS. (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016). Para a elaboração do problema de pesquisa, o contato com o campo e a interpretação do material, foi utilizado a análise qualitativa descrita por Minayo (2012), na qual o principal objetivo é compreender a experiência do encontro com o objeto de estudo, a partir de hipóteses fundamentadas em conhecimentos científicos prévios. Esse encontro, repleto de implicações e expectativas dos atores envolvidos, deve estar aberto ao inesperado, às singularidades que escapam ao conhecimento geral prévio e que dizem respeito ao contexto da pesquisa. Nesse sentido, a leitura e interpretação das entrevistas buscou destacar, inicialmente, todos conteúdos que pudessem ser identificados e relacionados à temática de saúde do trabalhador. Ainda de acordo com Minayo (2012), a análise não teve como objetivo buscar uma verdade única nas experiências dos entrevistados, mas explorar as repetições e as dissonâncias que atravessaram suas falas, a fim de compreender, na experiência de trabalho de psicólogos da rede de saúde pública de Porto

Alegre, de que forma aparece sofrimento ou como eles referem à organização e as condições de trabalho ao relatar o cotidiano de sua atuação.

É importante ressaltar que para a análise da organização do trabalho dos profissionais entrevistados foram utilizadas legislações vigentes no contexto da pesquisa, ou seja, a respeito da RAPS, a Portaria nº 3.088, de 2011 (BRASIL, 2011). Entretanto, entende-se que desde 2016 o país vêm atravessando um intenso desmonte das políticas públicas de saúde mental e outras políticas sociais que se materializam, por exemplo, em documentos normativos de “reorientação” das portarias referidas acima (CRUZ; GONCALVES; DELGADO, 2020).

Na discussão e resultados, a identidade dos psicólogos entrevistados foi protegida, bem como especificidades dos locais de trabalho, para não expor os serviços. Foram denominados “Participante”: 1 (psicólogo que atua há 23 anos em serviços públicos e atualmente trabalha com matriciamento em uma equipe de saúde mental, com demanda de baixa complexidade); 2 (psicóloga que atua há 18 anos em serviços públicos e atualmente trabalha em uma equipe especializada com ênfase em crianças e adolescentes, com demanda de média complexidade); 3 (psicóloga que atua há 6 anos em serviços públicos e atualmente trabalha em uma unidade de saúde com demanda de baixa complexidade); 4 (psicóloga que atua há 26 anos em serviços públicos e atualmente trabalha em um CAPS, com demanda de média complexidade); 5 (psicóloga que atua há 6 anos em serviços públicos e atualmente trabalha em um CAPS, com demanda de média complexidade).

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Em todas as entrevistas conteúdos sobre precarização dos serviços, sobrecarga ou sofrimento no trabalho foram evidenciados. Tendo como foco a saúde do trabalhador conforme elaborada na Teoria Psicodinâmica de Dejours, os temas aqui desenvolvidos atravessaram a experiência de todos os participantes ou foram elencados a priori por representarem realidades de trabalho que correspondem aos relatos de outros municípios no país. Dessa

forma, três temas foram delimitados em: (3.1) Organização e Condições de trabalho; (3.2) Estratégias de cuidado em saúde; e (3.3) Sofrimento no trabalho.

3.1 Organização e Condições de trabalho

As reformas no Estado provenientes do modelo neoliberal, no início do século XXI, abriram espaço para flexibilização nas leis trabalhistas e para uma variedade de vínculos empregatícios que continuam presentes em todos os níveis de gestão do SUS. Nesse contexto, a precarização aparece como falta de proteção social do trabalho. Questões como salários baixos, sobrecarga de tarefas e insegurança em relação aos direitos constitucionais prejudicam a qualidade dos serviços prestados, bem como a saúde dos trabalhadores (SEIDL et al, 2014). A falta de recursos humanos ou materiais e o desinvestimento nas políticas públicas apareceu na maioria das entrevistas. Em uma das entrevistas, no entanto, a participante relacionou o contexto político de precarização da saúde pública ao trabalho realizado nos serviços:

A gente tá com parcelamento dos salários, a gente tá com possibilidade de ter modificações na forma de contratualização que a gente teve no concurso. Então, eu acho que isso gera uma instabilidade no trabalho muito ruim, muito ruim, porque atrapalha o trabalho, né, atrapalha o trabalho quando tu tem que estar ali tentando garantir a existência do teu trabalho, né. Aí o teu investimento é muito mais pra isso do que pra fazer o trabalho (Participante 2).

Katsurayama, Parente, Moraes e Moretti-Pires (2013) analisaram a realidade do serviço público de saúde brasileiro marcada em grande parte pela deficiência no número de equipamentos em relação à população atendida. Na Estratégia de Saúde da Família essa condição de trabalho resulta nas equipes ficarem de referência para um número de famílias maior do que o limite estabelecido pelas políticas ou ter que responder por casos de maior complexidade por não haver outra rede possível.

No contexto de Porto Alegre também aparecem relatos semelhantes, embora a taxa de cobertura do município em relação aos CAPS, por exemplo, seja considerada boa quando refere-se aos parâmetros do Ministério da Saúde.

Tal contradição leva à análise não apenas do número de equipamentos, mas da gestão e da distribuição da rede (SILVA; MELLO; ECKER, 2019) que aparece em várias entrevistas como apresentando falhas importantes que dificultam as condições de trabalho:

Justamente, como faltam CAPS, não existem ambulatórios de saúde mental, não tem Psicologia nos outros postos (...) aqui a gente tá sempre muito sobrecarregadas, né. Ou, às vezes, tem um caso grave que deveria tá sendo acompanhado num outro nível da assistência e, como é difícil de acessar, fica com a gente (Participante 3).

A fala anterior coincide com a experiência relatada em um serviço de média complexidade de uma região distrital distinta, na qual a falta de equipamentos de saúde prejudica a articulação da rede:

O nosso maior desafio aqui no CAPS é a questão do território. A gente atende um território que é muito longe. Tem uma região que é duas horas pra vir. A pessoa tá evitativa, ela não quer sair de casa, aí tu faz uma proposta que ela vai ter que pegar dois, três ônibus pra ir. Eu também não ia, né. Assim, a forma como tá distribuído é muito difícil (Participante 5).

Tal panorama reflete uma construção histórica da saúde pública, que sempre enfrentou dificuldades para avançar devido às amarrações burocráticas estatais, que não acompanharam os movimentos sociais, obstaculizando a introdução de novos equipamentos e tecnologias. Enquanto as definições a nível federal demoravam muito tempo para serem resolvidas, as redes estaduais e, principalmente, municipais iam criando mecanismos para dar conta das demandas cotidianas. Mesmo com uma mudança de estrutura da saúde geral, com diminuição de leitos psiquiátricos e aumento das unidades de saúde e de saúde mental, o subfinanciamento e os atravessamentos políticos dificultaram o crescimento e a implantação da rede a longo prazo (AMARANTE; NUNES, 2018).

O contexto de trabalho atual ainda revela retrocessos sobre questões que pareciam estar superadas. Um exemplo disso é a Nota técnica nº11/2019

do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019) que altera a política nacional sobre drogas reintroduzindo o hospital psiquiátrico na rede de atenção à saúde mental. Diante desses complexos movimentos, os psicólogos entrevistados muitas vezes se percebem desamparados dentro de seus serviços, reconhecem os problemas da gestão, mas também acabam se distanciando dessas questões diante da grande demanda de trabalho:

(...) a gente tem problemas gerenciais, tem regiões com um monte de gente e outras com muito pouca gente. É um saco de gatos a saúde mental. Cada lugar se faz uma coisa muito distinta. Todos os governos tentam mudar. Alguns conseguem mudar um pouco mais, outros um pouco menos, mas a verdade, no final das contas, é que é tu que faz. São as equipes que fazem (Participante 1).

As percepções a respeito do esvaziamento dos espaços coletivos de organização do trabalho se repetem e se complementam em diferentes entrevistas, construindo um cenário que evidencia as pressões políticas para o desmonte do sistema de saúde (AMARANTE; NUNES, 2018). Essas falas representam serviços de diferentes regiões distritais de Porto Alegre que relatam processos semelhantes de desestruturação da rede:

o CAPS, antes a gente ia numa reunião, agora a gente faz o contato via e-mail, e aí eles marcam a triagem(...) Eu acho que é ruim, porque a gente deixa de ver a cara das pessoas. E eu sempre acho que ver a cara das pessoas é importante (...) Mas, realmente as últimas reuniões não tinham mais uma discussão de casos, não se discutia os casos, não se discutia as nuances, se ia lá, falava e marcava. (Participante 1)

A gente tá vivendo uma proposição da área técnica de que não tenha matriciamento, de que haja um preenchimento de protocolos na atenção primária (...) isso vai nos distanciar ainda mais das unidades, que a gente já não é muito próximo, vai cristalizar um pouco mais a lógica dos diagnósticos, porque pra tu colocar no sistema tu tem que ter uma hipótese diagnóstica (Participante 2).

Essas mudanças podem ser consideradas retrocessos na organização da RAPS, que tem no matriciamento e na educação permanente os principais

dispositivos para efetivar a gestão da atenção psicossocial (CFP, 2011). Movimentos percebidos na organização municipal, mas que estão coerentes com o retorno de paradigmas manicomiais presentes na reorientação das políticas em nível federal. A análise dos diferentes níveis de gestão demonstra o desinvestimento nos serviços substitutivos e nos pressupostos da reforma psiquiátrica (CRUZ; GONCALVES; DELGADO, 2020).

3.2. Estratégias de cuidado em saúde

Os novos modelos de saúde preconizam a horizontalidade dos saberes e a diversidade de técnicas que devem ser produzidas a partir das necessidades dos usuários. Dessa forma, espaços de troca entre os profissionais da saúde, como o matriciamento, são estratégias que potencializam as intervenções através do fortalecimento e da ampliação da rede, na qual baixa e média complexidade se apoiam para produzir um planejamento de saúde que envolva as questões territoriais e que promova a saúde mental já na unidade básica de saúde. A intersetorialidade com outras políticas, como as da assistência social, jurídica e educacional, e o estabelecimento de relações como território são dispositivos imprescindíveis para a efetivação do cuidado integral (CFP, 2011).

No entanto, as equipes de saúde ainda esbarram em dificuldades para seguir tais diretrizes, como a falta de suporte teórico e técnico necessários para atuação fora do modelo clínico tradicional. Assim como nos resultados de uma pesquisa realizada nos CAPS do Rio Grande do Sul que demonstrou que os psicólogos demonstram resistência em pensar de forma transdisciplinar para discutir os casos e compor os projetos terapêuticos (CANTELE; ARPINI; ROSO, 2012), nas experiências dos psicólogos entrevistados também foi identificada a presença de lógicas tradicionais:

A ideia é que funcione como uma equipe multidisciplinar, na verdade, interdisciplinar. Eu acho que acaba funcionando muito mais como uma equipe multidisciplinar, né. E acho que a gente tá sempre aí trabalhando com o risco de ficar um atendimento

ambulatorial sem caracterizar uma equipe interdisciplinar. Acho que esse é o nosso desafio todo momento (Participante 2).

Outra pesquisa, realizada com psicólogos que trabalham em UBSs no estado de São Paulo, analisou que, embora a maioria dos entrevistados domine o conceito de saúde biopsicossocial e conheça as diretrizes do SUS, no cotidiano do serviço, realizam intervenções conforme o modelo biomédico. Sem questionar a eficiência das técnicas utilizadas, desenvolvem intervenções a partir de noções individualizantes e psicologizantes, não dispendo de tempo para estabelecer parcerias com a rede externa devido à enorme demanda por atendimento (DAVI et al, 2016). Da mesma forma, nas entrevistas realizadas, tanto na atenção básica como na média complexidade, ainda predomina o atendimento individual como principal ferramenta de atuação da Psicologia. Esses resultados mostram que a identidade da Psicologia ainda é clínica, tanto na categoria, como na visão dos demais profissionais e da população, sendo difícil, inclusive, detectar demandas para outras formas de intervenção. Tal percepção pode ser exemplificada pela seguinte fala:

Existe uma demanda muito grande pra acompanhamento individual, muito grande. Então, eu já tentei, assim, diferentes dispositivos, já fiz grupo de crianças na unidade por um período, hoje a gente tem um acolhimento de saúde mental coletivo (...) a minha rotina aqui é muito mais atendendo em consultório do que fazendo realmente atividades que alcancem muita gente ao mesmo tempo (Participante 3).

A fragilidade da rede ao não estruturar os fluxos de acordo com o estabelecido pelas políticas (BRASIL, 2017) prejudica o cuidado integral aos usuários, que por vezes, acabam desassistidos ao transitar pelos serviços. Assim como uma pesquisa-intervenção realizada com trabalhadores, usuários e gestores da Atenção Básica no Rio Grande do Sul (SIVINSKI; SCHENKEL, 2018), essa realidade apareceu nas entrevistas na forma de “queixa”, na qual os profissionais se percebem como responsáveis pela garantia de funcionamento da rede: “Exige toda uma ginástica nossa pra fazer a rede acontecer, porque se não, não é tão fácil contar que as pessoas vão vir aqui,

sabe?” (Participante 3). Em outra entrevista, a participante percebe que o trabalho com a rede depende unicamente dos profissionais, não havendo uma construção coletiva dentro da sua equipe: “Acho que a equipe aceita, quem quer fazer faz” (Participante 4).

3.3 Sofrimento no trabalho

O trabalho, na Teoria Psicodinâmica, diz respeito à ação, ao implicar-se na tarefa, ao pensar e agir, colocando a subjetividade em uma atividade que é limitada material e socialmente. Por isso, o real do trabalho nunca vai corresponder integralmente a sua prescrição. Ele se apresentará para o trabalhador como uma experiência de afeto relacionada a sentimentos de fracasso e de impotência (DEJOURS, 2004):

Acho que tem que fazer muita adaptação, né. A política é muito linda no papel. Na hora do vamo ver...né, todo mundo tem que ter acesso, tem direito, tem direito, mas assim, não tem dinheiro, não tem recurso, né. (...) Então, a política é muito bonita, a gente vai fazendo o que pode com o que dá (Participante 5).

O sofrimento de trabalhadores da saúde pública não pode ser desvinculado do contexto político e social de precarização. Assim, a falta de recursos para dar conta das tarefas gera angústia ao trabalhador, que se percebe sem domínio sobre o seu trabalho. A fragilidade dos vínculos empregatícios também afeta a saúde, e questões como insegurança quanto a estabilidade e garantia do emprego podem gerar medo e ansiedade. Os profissionais, então, deixam de questionar os processos de trabalho temendo as consequências desse posicionamento (AFFONSO; BERNARDO, 2015). Tal contexto está afetando inclusive trabalhadores concursados:

Essa gestão em especial, assim, tem conseguido nos desmotivar... Enfim, né, às vezes é muito difícil fazer uma resistência ao trabalho, assim... uma resistência de manter um investimento na ordem do desejo mesmo, a gente vai um pouco se... são vários golpes (Participante 2).

Ainda de acordo com a teoria Psicodinâmica do Trabalho, antes do adoecimento, o sujeito que vivencia as pressões da organização do trabalho irá reagir de acordo com a sua história de vida, utilizando as defesas psíquicas como uma ato de resistência e de preservação do desejo (DEJOURS et al, 2007). Nas entrevistas, experiências individuais relacionadas a sofrimento no trabalho foram descritas durante os relatos:

A relação com a equipe nunca é muito fácil, porque se a pessoa é muito empolgada, em geral as equipes não gostam, já vou te dizer. Aprendam isso. Tu não pode ser muito empolgado. (...) tu não pode ser uma pessoa muito ativa, tem que ser uma pessoa meio passiva, meio deprimida... Não, tô brincando! [ironia] (Participante 4).

Além das reações individuais, o sofrimento no trabalho mobiliza a criação de defesas coletivas. Esses mecanismos coletivos protegem os trabalhadores do sofrimento, à medida que direcionam a insatisfação para outros lugares, como as intrigas e competições entre colegas ou a reclamação. As defesas coletivas, entretanto, acabam se afastando da real produção do sofrimento: a organização do trabalho. Sem poder modificar as regras da instituição, os profissionais buscam se adaptar e resistir ao adoecimento (HALLACK; SILVA, 2005).

O adoecimento do trabalhador e o seu afastamento demonstram a força da organização do trabalho, que antes de ser questionada, exclui aqueles cujas defesas falham, individualizando um problema institucional. A saúde do trabalhador, portanto, envolve condições internas - físicas e psíquicas - e condições externas - econômicas, sociais e materiais - que permitem que o sofrimento encontre outros caminhos de extravasamento. Quando o ambiente propicia ao trabalhador encontrar sentido na sua tarefa, reconhecendo-se nela, há mais ferramentas para elaborar a experiência de lidar com o real do trabalho. Nesse caso, existe a possibilidade da expressão do desejo no trabalho (HALLACK, F. S.; SILVA, C. O., 2005; PERICO, W.; JUSTO, J. S., 2011). “Trabalho é sintoma. Só funciona se for sintoma. Então, tem gente que o sintoma é trabalhar lá. Pra mim, o sintoma é trabalhar com esse vazio, com

essa coisa que eu reclamo, mas é o que eu gosto de fazer” (Participante 1). Importante destacar aqui que tal afirmativa também poderia denotar um outro sentido – não é mecanismo de defesa, nem condições do ambiente – mas cuidado de si: formação teórica sólida e análise pessoal.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Essa pesquisa buscou explicitar as consequências das falhas na implementação do Sistema Único de Saúde na cidade de Porto Alegre, na perspectiva do trabalhador da Psicologia. Os resultados encontrados demonstraram que a atuação da Psicologia nos equipamentos de saúde é afetada pelo contexto de precarização do SUS, refletindo na saúde desses trabalhadores. Com elementos na teoria Psicodinâmica de Christophe Dejours, foi possível identificar muitas disparidades entre o preconizado pelas políticas públicas e as possibilidades de efetivação dadas as condições e organizações de trabalho atuais. A falta de espaços de encontro e trocas sobre o trabalho foi a questão que mais se destacou nas entrevistas e, mesmo quando havia recursos materiais no serviço, a desarticulação da rede ainda se apresentou como grande dificultador do cuidado.

A prevalência do modelo biomédico no atendimento à saúde e o esvaziamento dos espaços coletivos foram recorrentes nos serviços pesquisados, o que parece contribuir para o distanciamento entre as diretrizes das políticas e o cotidiano do trabalho. Por um lado, este dado aponta para a necessidade da ênfase em políticas públicas de saúde, no contexto da saúde coletiva, nos currículos das graduações em Psicologia assim como formações continuadas para profissionais. Ainda assim, os psicólogos demonstraram domínio sobre o trabalho prescrito, bem como uma capacidade de detectar as necessidades da rede. No entanto, essas percepções e movimentos parecem ter um curto alcance, e não chegam na gestão efetiva do SUS na cidade de Porto Alegre. Tais aspectos apontam para uma outra análise que poderia ser feita: o quanto a (des)mobilização dos trabalhadores da saúde, que historicamente foi o motor das conquistas e avanços do sistema público de

saúde, refletem o distanciamento de importantes “prescrições” do trabalho, como a participação social e a educação permanente, tão necessárias à gestão democrática do SUS.

Entende-se que a metodologia utilizada teve limitações como o período curto de contato com o campo e o instrumento de entrevista individual, que dificulta o levantamento das percepções coletivas sobre o trabalho. Além disso, dada a natureza qualitativa, outros participantes, ou uma amostra maior, poderiam ter feito relatos diferentes dos expostos. Entretanto, a falta de estudos com enfoque na Psicologia, categoria que vem conquistando seu espaço na rede pública, e o contexto político de desinvestimento nas políticas públicas revelam a necessidade de mais estudos sobre esse tema. Enfatizando o contexto político e social que o Brasil atravessa, é importante ressaltar que a precarização não se restringe aos recursos financeiros, mas, principalmente às ideologias presentes no modelo de Estado, que se implica cada vez menos na humanização da saúde e na garantia de direitos. Esse panorama reforça os modelos de cuidado presentes nos serviços pesquisados, nos quais o foco na demanda recebida distancia os trabalhadores do seu fazer político, afastando-os da organização do trabalho.

Diante desse contexto, permanece a questão: é possível a atuação da Psicologia nas políticas públicas de saúde como preconizado nos modelos assistenciais que regem o SUS? O sofrimento no trabalho relatado pelos participantes dessa pesquisa mostra que a resposta para essa pergunta passa pela reorganização do trabalho.

REFERÊNCIAS

AFFONSO, Pedro Henrique Bedin; BERNARDO, Márcia Hespanhol. A vivência de profissionais do acolhimento em unidades básicas de saúde: uma acolhida desamparada. **Trab. educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 1, p. 23-43, 2015. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00041>

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, 2018. doi:

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.07082018>

ARAGAKI, Sergio Seiji; SPINK, Mary Jane; BERNARDES, Jefferson de Souza. La Psicología de la Salud en Brasil: transformaciones de las prácticas psicológicas en el contexto de las políticas públicas en el área de la salud. **Pensamiento Psicológico**, v. 10, n.2, p. 65-82, 2012. Disponível em http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000200007&lng=en&tlng=es

ARAÚJO, Cristiane Belo; NETO, João Leite Ferreira. Apoio matricial do NASF: uma revisão sistemática de literatura. **Psicologia em Revista**, v. 25, n.2, p. 626-646. 2019. Disponível em <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/20198>

BOING, Elisângela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 30, n. 3, p. 634-649, 2010. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

_____. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 11/2019** - Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. 2019. Disponível em <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2019/02/0656ad6e.pdf>

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2017. Disponível em <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>

_____. **Portaria nº 336, de 19 de fevereiro de 2002**. Ministério da Saúde. Define e estabelece diretrizes para o funcionamento dos Centros de Atenção Psicossocial. Brasília, DF, 2002. Disponível em http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html

_____. **Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011.** Ministério da Saúde. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e dá outras providências. Brasília, DF. 2011. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

_____. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Conselho Nacional de Saúde. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União, 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>

_____. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. 2016. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>

CANTELE, Juliana; ARPINI, Dorian Monica; ROSO, Adriane. A Psicologia no modelo atual de atenção em saúde mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. 4, p. 910-925, 2012. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000400011>

CELA, Mariana; OLIVEIRA, Isabel Fernandes de. O psicólogo no Núcleo de Apoio à saúde da Família: articulação de saberes e ações. **Estud. psicol.**, Natal, v. 20, n. 1, p. 31-39, 2015. doi: <https://dx.doi.org/10.5935/1678-4669.20150005>

CFP (Conselho Federal de Psicologia). Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto 7.508/2011. Brasília-DF. 2011. Disponível em <http://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/03/redepsicosociaisfinal1.pdf>

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa métodos qualitativo, quantitativo e misto.** 3ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2010.

CRUZ, Nelson Falcão de Oliveira; GONCALVES, Renata Weber; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Retrocesso da reforma psiquiátrica: o desmonte da política nacional de saúde mental brasileira de 2016 a 2019. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, 2020. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00285>

DAVI, Renata Souza; MONTANAR, Erich Franco, DOMINGUES, Adriana Rodrigues, ARAÚJO, Vinícius Marcos. O psicólogo nas Unidades Básicas de

Saúde: relatos distantes do SUS. **Actualidades en Psicología**, v.30, n.120, p.71-83, 2016. doi: <https://dx.doi.org/10.15517/ap.v30i120.19836>

DEJOURS, Christophe. **O fator humano**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas. 1997.

DEJOURS, Christophe. Subjetividade, trabalho e ação. **Production**, v.14, n.3, p. 27-34, 2004. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132004000300004>

DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI Elisabeth; JAYET Christian; coord. BETIOL, Mª Inês Stocco. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1ª ed. São Paulo: Atlas. 2007.(Originalmente publicado em 1993).

DIMENSTEIN, Magda; MACEDO, João Paulo. Formação em Psicologia: requisitos para atuação na atenção primária e psicossocial. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 32, n. Spe, p. 232-245, 2012. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>

HALLACK, Fernanda Sansão; SILVA, Cláudia Osório da. A reclamação nas organizações do trabalho: estratégia defensiva e evocação do sofrimento. **Psicol. Soc.**, Porto Alegre, v. 17, n. 3, p. 74-79, 2005. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-7182200500030001>

KATSURAYAMA, Marilise et al. Trabalho e sofrimento psíquico na estratégia saúde da família: uma perspectiva Dejouriana. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 414-419, 2013. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1414-462X2013000400009>

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. doi: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>

PAIM, Jairnilson. **O que é o SUS**. SciELO-Editora FIOCRUZ. Rio de Janeiro:Editora Fiocruz. 2015. Disponível em <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus>

PAIM, Jairnilson et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778-1797. 2011.doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60054-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60054-8)

PERICO, Waldir; JUSTO, José Sterza. O mal estar no trabalho: a culpa como mal estar e a culpa do mal estar. **Rev. Mal-Estar Subj.**, Fortaleza, v. 11, n. 1, p. 135-169, 2011. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000100006&lng=pt&tlng=pt

SILVA, Carolina Charão da; MELLO, Vania Roseli Correa de; ECKER, Daniel Dall'igna. Análise da taxa de cobertura dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) no município de Porto Alegre de 2002 a 2015. **Revista Eletrônica Científica Da UERGS**, v. 5, n. 2, p. 113-127, 2019. doi: <https://doi.org/10.21674/2448-0479.52.113-127>

SIVINSKI, Tamires da Cunha; SCHENKEL, Júlia Monteiro. Pesquisa-Intervenção em Saúde Mental: Balançando as Redes da Saúde. **Polis e Pisque**, v. 8, n.1, p. 52-71, 2018. doi: <https://doi.org/10.22456/2238-152X.80417>

SEIDL, Helena Maria Fonseca et al. Gestão do trabalho na Atenção Básica em Saúde: uma análise a partir da perspectiva das equipes participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**, v. 38 (spe), p. 94-108, 2014. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2014S008>