



Psicologia Ciência e Profissão

ISSN: 1414-9893

revista@pol.org.br

Conselho Federal de Psicologia

Brasil

Zambenedetti, Gustavo; Piccinini, Carlos Augusto; Leite de Figueiredo Sales, André Luis; Mainieri
Paulon, Simone; Azevedo Neves da Silva, Rosane

Psicologia e Análise Institucional: Contribuições para os Processos Formativos dos Agentes
Comunitários de Saúde

Psicologia Ciência e Profissão, vol. 34, núm. 3, julio-septiembre, 2014, pp. 690-703

Conselho Federal de Psicologia
Brasília, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=282033510011>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Psicologia e Análise Institucional: Contribuições para os Processos Formativos dos Agentes Comunitários de Saúde

Psychology and Institutional Analysis: Contributions to Formative
Processes of Community Health Agents

Psicología y Análisis Institucional: Contribuciones para los Procesos
Formativos de los Agentes Comunitarios de Salud

Gustavo Zambenedetti

Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS),

Carlos Augusto Piccinini,

Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

André Luis Leite de Figueiredo Sales

Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS).

Simone Mainieri Paulon

Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP)

Rosane Azevedo Neves da Silva

Doutora em Educação (UFRGS)

Artigo

<http://dx.doi.org/10.1590 / 1982 - 3703001302013>



Resumo: A construção de um sistema público de saúde pautado pela integralidade e humanização da atenção vem demandando transformações nos modos tradicionais de se fazer saúde e, consequentemente, nos processos formativos de seus trabalhadores. A Psicologia, sob a perspectiva da análise institucional, pode desenvolver ferramentas que propiciam novas experimentações relativas aos processos formativos em saúde. O objetivo deste artigo é apresentar uma pesquisa-intervenção realizada com Agentes Comunitários de Saúde das equipes de Saúde da Família de uma gerência distrital do município de Porto Alegre-RS. A pesquisa incluiu um processo de formação em saúde, constituído por quatro módulos temáticos: Relação saúde/doença mental; Uso de álcool e outras drogas; Sexualidade e HIV-AIDS; e Estratégias de cuidado em saúde mental. O trabalho desenvolvido evidencia as contribuições da análise institucional para a saúde coletiva, sintetizadas em três aspectos: a formação como escuta e análise dos processos de trabalho; a transversalização das práticas, desconstruindo dicotomias e relações hierarquizadas; o exercício de desconstrução de estereótipos e de modos instituídos de operar as práticas em saúde.

Palavras-chave: Análise institucional. Psicologia. Formação dos profissionais de saúde. Saúde mental.

Abstract: To construct a public health care system guided by integrity and humanization of attention demands transformation of the traditional ways of health care and, consequently, of the formative processes of its workers. Psychology, from a perspective of institutional analysis, can develop tools that provide new trials relating to formative processes in health. The purpose of this article is to present a research-intervention held with Community Health Agents of Family Health teams of a district-run municipality of Porto Alegre, RS. The research included a process of training in health, consisting of four thematic modules: Relation of mental health/illness; Use of alcohol and other drugs; Sexuality and HIV-AIDS; and Care strategies for mental health. The work highlights the contributions of institutional analysis to the collective health, synthesized in three aspects: training as listening and analysis of work processes; mainstreaming of practice, deconstructing dichotomies and hierarchical relationships; exercising deconstruction of stereotypes and established ways of operating the health practices.

Keywords: Institutional Analysis. Psychology. Health professional education. Mental health.

Resumen: La construcción de un sistema público de salud pautado por la integralidad y humanización de la atención viene demandando transformaciones en los modos tradicionales de hacer salud y, consecuentemente, en los procesos formativos de sus trabajadores. La Psicología, bajo la perspectiva del análisis institucional, puede desarrollar herramientas que propician nuevas experimentaciones relativas a los procesos formativos en salud. El objetivo de este artículo es presentar una pesquisa-intervención realizada con Agentes Comunitarios de Salud de los equipos de Salud de la Familia de una gerencia distrital del municipio de Porto Alegre-RS. La pesquisa incluyó un proceso de formación en salud, constituido por cuatro módulos temáticos: Relación salud /enfermedad mental; Uso de alcohol y otras drogas; Sexualidad y VIH-SIDA; y Estrategias de cuidado en salud mental. El trabajo desarrollado evidencia las contribuciones del análisis institucional para la salud colectiva, sintetizadas en tres aspectos: la formación como escucha y análisis de los procesos de trabajo; la transversalización de las prácticas, deconstruyendo dicotomías y relaciones jerarquizadas; el ejercicio de deconstrucción de estereotipos y de modos instituidos de operar las prácticas en salud.

Palabras clave: Análisis institucional. Psicología. Formación de los profesionales de la salud. Salud mental.

A institucionalização do Sistema Único de Saúde - SUS redirecionou a construção do sistema público de saúde brasileiro. Ao propor uma série de inovações por meio de seus princípios e diretrizes, trouxe também desafios. Um deles diz respeito à necessidade de implementação de mudanças na formação e nas práticas dos profissionais em saúde. Em relação à Psicologia, várias produções destacam o desafio de constituir alternativas ao modelo hegemônico baseado na atuação clínica tradicional, caracterizada pelo viés privatista e individualista (Dimenstein, 1998; Spink, Bernardes, Santos & Gamba, 2006; Scarcelli & Junqueira, 2011). Ao mesmo tempo, aponta-se a necessidade de inovação, experimentação e criação de novas perspectivas para pensar a atuação do psicólogo no campo da saúde, em consonância com as políticas públicas vigentes (Benevides, 2005; Dimenstein & Macedo, 2012). A Psicologia busca, ainda, construir conhecimentos que auxiliem na constituição e consolidação das redes de saúde (CFP, 2011).

Entre as possíveis dimensões de atuação da Psicologia no SUS, destacamos, neste artigo, algumas de suas contribuições para a formação dos profissionais em saúde, entrelaçando saberes da análise institucional e saúde coletiva. Estes apontamentos emergem por meio da análise do processo de formação em saúde que caracterizou uma das etapas da pesquisa-intervenção “Estratégias de cuidado em saúde mental na interface com a atenção básica: o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde nas equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF”¹. A pesquisa foi realizada com os Agentes Comunitários de Saúde - ACS das equipes de ESF de uma gerência distrital do município de Porto Alegre - RS e foi desenvolvida em três etapas. A primeira teve como objetivo fazer um diagnóstico das demandas em saúde mental presentes no cotidiano de trabalho dos ACS. Esse diagnóstico forneceu subsídios para a proposição da formação em saúde, realizada na segunda etapa da pesquisa. A terceira etapa consistiu na avaliação do impacto da formação no cotidiano de trabalho dos ACS.

O processo de formação constituiu-se em um dos diferenciais deste estudo, já que

não se buscou apenas levantar e sistematizar dados sobre uma realidade, mas também criar estratégias para intervir sobre ela, tomando como referência as contribuições teóricas e metodológicas da pesquisa-intervenção e da análise institucional.

Formação em saúde e Análise Institucional

Uma questão que frequentemente tem sido colocada no campo da saúde diz respeito aos modelos de educação e transformação das práticas em saúde: como “formar” trabalhadores para a atuação no SUS? Como qualificar as ações em saúde? Tal debate tem sido travado em diferentes âmbitos: nos cursos de graduação na área da saúde (Pinheiro, Ceccim, & Mattos, 2006; Ceccim & Feuerwerker, 2004a, 2004b), nos cursos de pós-graduação, incluindo as residências multiprofissionais (Farjado, Rocha, & Pasini, 2010); nas práticas dos profissionais de saúde a partir do cotidiano de trabalho (Brasil, 2009; Davini, 2009). Dentro desses âmbitos, diferentes abordagens/modelos têm sido confrontados, fazendo proliferar discussões sobre educação em serviço, educação continuada, educação permanente, etc.

Nos últimos anos, a proposta de educação permanente em saúde tem se destacado, constituindo uma política pública (Brasil, 2007). Tal perspectiva parte de uma crítica a algumas concepções mais tradicionais de formação centradas na ideia de “capacitação”. Essa crítica pode ser agrupada em quatro pontos:

- 1) Quanto ao sentido da palavra “capacitar”, que veicula a ideia de que existe alguém, supostamente capaz, que irá transmitir técnicas e conhecimentos para alguém, supostamente incapaz, desconsiderando-se os saberes presentes na atuação dos trabalhadores;
- 2) Quanto à descontextualização do conteúdo da capacitação em relação à realidade onde ela é aplicada;
- 3) Quanto à dissociação entre quem planeja a capacitação e a quem ela se dirige, acarre-

tando o risco de não atingir os problemas das equipes de saúde com relação à população atendida. Ou, ainda, de se atuar por meio da simplificação dos problemas em saúde, recortando-os da complexidade na qual se engendram;

4) Quanto à perspectiva prescritiva, uma vez que, muitas vezes, as formações são concebidas como momentos em que se deve repassar uma grande quantidade de informações, técnicas e procedimentos de ação, os quais devem ser aplicados nas ações em saúde, a partir do pressuposto da generalização. Ênfase no processo cognitivo da relação de aprendizagem, sem considerar a abordagem da relação afetiva, ética e moral que atravessa a saúde.

A educação permanente em saúde, ao contrário, consiste na aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. A educação permanente baseia-se na aprendizagem significativa e na possibilidade de transformar as práticas profissionais. (...) Ela é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm. Propõe que os processos de educação dos trabalhadores da saúde se façam a partir da problematização do processo de trabalho, e considera que as necessidades de formação e desenvolvimento dos trabalhadores sejam pautadas pelas necessidades de saúde das pessoas e populações. (Brasil, 2007, s.p.)

Consoante com a abordagem da educação permanente em saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) vem trazendo importantes contribuições para pensar a questão da formação no campo da saúde. Segundo Heckert e Neves (2010), a PNH propõe uma crítica ao modelo bancário de produção e transmissão do saber e da ideia de uma formação-consumo, “que tem funcionado através do consumo de kits ou de técnicas a serem aplicadas e no desenvolvimento de novas habilidades descartáveis e apartadas do cotidiano dos serviços” (p. 18). Utilizando-se de algumas ferramentas conceituais da análise institucional, a PNH comprehende que a formação ocorre no tensionamento do vetor-forma e do vetor-força. O primeiro está relacionado às possibilidades

de compartilhamento e problematização de experiências. O segundo refere-se à formação em seus efeitos disruptivos, capazes de “produzir aberturas a novas sensibilidades, dizibilidades e visibilidades que expressam a multivectorialização nos quais estão envolvidas as práticas concretas de cuidado e gestão em saúde” (Heckert & Neves, 2010, p. 17). Outro aspecto que a PNH leva em consideração é o fato de que todas as práticas em saúde são perpassadas por dimensões subjetivas, as quais nem sempre são reconhecidas e trabalhadas pelos profissionais em saúde (Brasil, 2008). Nesse sentido, os processos formativos em saúde devem propiciar a ampliação da possibilidade de reconhecimento da dimensão subjetiva das práticas em saúde.

Nesse sentido, uma formação na perspectiva institucionalista se diferencia das perspectivas prescritivas que perpassam o modelo de formação bancária. Ao invés da relação hierarquizada e valorativa de saberes, que pressupõe o lugar do especialista que irá repassar conhecimentos para aqueles que supostamente nada sabem, este outro modo de pensar a formação buscará dialogar com os diferentes saberes presentes em uma determinada realidade. A partir das contribuições de Merhy (2002), compreendemos que o trabalho em saúde é perpassado por dimensões afetivas e imateriais que mobilizam os sujeitos a realizá-lo de diferentes modos. Nesse sentido, as políticas, leis e diretrizes do sistema de saúde são apropriadas e interpretadas de diferentes modos pelo trabalhador em saúde, de forma que sua ação pode corresponder em maior ou menor grau às expectativas das políticas propostas. Sendo assim, é necessário explorar os sentidos cristalizados, suas implicações e efeitos nos cuidados em saúde, buscando-se criar condições para o surgimento de processos de transformação das práticas de cuidado naquele contexto.

A primeira etapa da pesquisa possibilitou uma escuta inicial daquilo que os ACS consideravam problemas no campo da saúde mental, de como lidavam com tais problemas e em quais aspectos encontravam maiores dificuldades. Buscou-se identificar os aspectos instituídos, assim como as possibilidades de movimentos instituintes. O instituído remete

aos aspectos cristalizados da realidade, enquanto o instituinte remete ao movimento, à possibilidade de criação de novos sentidos, estratégias e soluções (Lourau, 2004; Barembliitt, 1996). É necessário considerar que a ideia de formação se coloca como uma questão paradoxal para a análise institucional, em decorrência dos aspectos cristalizados que a palavra “formação” designa, exigindo uma ressignificação de tal termo. Isso porque não se trata de “dar uma forma”, mas, sim, desconstruir a forma que se apresenta de modo cristalizado, abrindo a possibilidade de ampliação do repertório de estratégias de cuidado. O efeito esperado é o de desvio, de ruptura. Neste modo de pesquisar não se busca estabelecer modelos generalizantes, mas, sim, estabelecer princípios e pistas para a construção de caminhos possíveis (Passos, Kastrup, & Escócia, 2009).

Segundo Barembliitt (1996), a sociedade contemporânea tende a fragmentar e especializar o conhecimento, produzindo os chamados “experts” ou especialistas. Como consequência, todos os âmbitos da vida passam a ser atravessados por saberes especializados, que são ofertados e se insinuam vastamente em nossa sociedade. Essa lógica tem um efeito que contrasta com a proposta do SUS. Enquanto o SUS vem redirecionando a ênfase do sistema dos serviços especializados para a atenção básica, com caráter generalista, há um movimento difundido socialmente relativo à valorização da especialidade, produzindo uma tensão constante na implementação do sistema.

Diante desse contexto, o desafio proposto pela análise institucional é criar meios de devolver aos indivíduos e grupos formas de analisar e gerir seus problemas coletivamente. Trata-se de propor dispositivos que disparem movimentos de autoanálise e autogestão. Lourau (1993) aponta que tais movimentos não são fáceis de ser realizados, exigindo tempo e condições de efetivação, mas que estes podem constituir uma direção do processo, mesmo que nunca sejam alcançados de modo pleno. Lourau (1993) aponta também a possibilidade de se pensar na direção da cogestão, que implica uma estratégia participativa e dialógica.

Guizardi, Lopes e Cunha (2011) apontam que a análise institucional fornece um instrumental rico para a análise de processos de mudança no campo da saúde, podendo auxiliar na compreensão e análise de políticas públicas que apresentam caráter inovador. As autoras lembram que a implementação de tais políticas pode não traduzir suas intenções, reproduzindo velhas orientações políticas, o que coloca a necessidade de análise permanente dos seus modos de efetivação. Podemos citar duas políticas que se inter-relacionam na composição do nosso campo de pesquisa-intervenção e expressam o desafio de provocar mudanças, conforme apontado pelas autoras citadas: a política de atenção básica e a política de saúde mental. A primeira busca redirecionar o sistema de saúde do modelo médico-hospitalocêntrico e curativo para o modelo das redes de atenção integrada em saúde, por meio da implantação e fortalecimento da Estratégia Saúde da Família, compreendida como ordenadora do sistema. A segunda busca redirecionar o modelo de atenção manicomial para o modelo psicossocial, caracterizado por serviços de base territorial, articulados intersetorialmente. Ambas as políticas compartilham o desafio de produzir rupturas em direção a novas práticas, convocando-nos a colocar em análise os pontos de ruptura e os pontos de permanência.

Partindo dessa contextualização teórico-metodológica, apresentaremos a proposta de formação desenvolvida junto aos ACS.

A proposta de formação em saúde

A atividade de formação desenvolveu-se ao longo de quatro meses – agosto a novembro de 2010. Os ACS das 19 equipes de saúde da família que constituem uma gerência distrital do município de Porto Alegre - RS foram divididos em quatro grupos e, a cada mês, uma temática específica era trabalhada semanalmente com cada um dos grupos. Dos 78 ACS da gerência distrital, 45 participaram.

A atividade de formação constou de quatro módulos temáticos:

- 1) Apresentação dos resultados da primeira etapa e oficina de sensibilização sobre a relação saúde/doença mental;
- 2) Uso de álcool e outras drogas;
- 3) Sexualidade e DST/AIDS;
- 4) Estratégias de cuidado em saúde mental na atenção básica.

O levantamento realizado na primeira etapa, referente às demandas e estratégias de cuidado em saúde mental no cotidiano dos ACS, reiterou a importância dessas temáticas para a etapa de formação, possibilitando a emergência de analisadores a serem discutidos no processo de formação. Os analisadores são fatos, eventos, falas que propiciam reflexões no grupo, expressando as tensões e relações de força constituintes de um determinado fenômeno, assim como as estratégias de resolução de problemas.

Para a composição dos grupos, levou-se em consideração a diversificação das unidades de saúde dos ACS, com vistas a uma maior troca de experiências. O mesmo módulo temático era desenvolvido ao longo de quatro semanas, de modo que todos os quatro grupos de ACS participavam de um encontro por mês.

Para o registro da atividade, os pesquisadores faziam anotações durante o grupo e, posteriormente, construíam um relato conjunto em um sistema eletrônico de compartilhamento de arquivos.

A pesquisa seguiu os preceitos da Resolução nº 196/96 (Brasil, 1996), do Conselho Nacional em Saúde - CNS, tendo sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Porto Alegre.

A seguir, apresentaremos uma síntese do trabalho realizado em cada um dos módulos.

O módulo 1 terá um enfoque menor, pois remete à apresentação da sistematização de dados da etapa diagnóstica. O foco de nossa discussão neste artigo não recai sobre a apresentação desses resultados, mas sim do uso que fizemos deles no processo formativo.

Módulo 1 – Discussão da primeira etapa e sensibilização sobre a relação saúde/doença mental

Este módulo foi organizado com o objetivo de apresentar os resultados da primeira etapa da pesquisa, discutir e pactuar a proposta da formação, além de realizar uma oficina de sensibilização sobre a relação saúde/doença mental.

A apresentação dos resultados da primeira etapa foi realizada com base nos seguintes tópicos: situações de saúde mental no cotidiano de trabalho dos ACS; estratégias de cuidado dos ACS em relação a esses casos; estratégias das equipes de ESF diante desses casos; suporte ao trabalho dos ACS; implicações de morar e trabalhar na mesma área. A atividade girou em torno da leitura e discussão dos dados sistematizados. Após a leitura de cada item, discutíamos as impressões dos ACS sobre os dados, procurando confirmá-los, bem como esclarecer pontos que não haviam ficado claros, em decorrência da ambiguidade de palavras e frases.

A apresentação dos dados produziu um duplo efeito de espelhamento e questionamento entre os ACS, que ora se reconheciam no que apresentávamos, ora se estranhavam, pois alguns conteúdos apareceram em um grupo e não em outro. A apresentação constituiu-se como um dispositivo analítico, uma vez que propiciou um olhar sobre o cotidiano de trabalho dos ACS. A apresentação e a discussão dos dados também se constituíram como um processo de validação destes junto aos ACS, na medida em que eles se tornavam corresponsáveis pelo material produzido.

Módulo 2 – Uso de álcool e outras drogas

A temática sobre o uso abusivo de álcool e outras drogas surgiu como uma das principais demandas em saúde mental relatadas pelos ACS na primeira etapa da pesquisa. Tal problema aparecia como importante, tanto pelo número de casos de pessoas que faziam uso de drogas quanto pelo fato de ser um tema que deixava os ACS, muitas vezes, sem saber como agir, gerando sentimentos de angústia, impotência e frustração. Em relação a esse tema, tínhamos como principais objetivos: sensibilizar os ACS para o cuidado de pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas, questionar os instituídos em torno da imagem da pessoa que faz uso de álcool e outras drogas e discutir diferentes perspectivas e possibilidades no cuidado com as pessoas que fazem uso de álcool e outras drogas.

A atividade proposta partiu de três perguntas, realizadas na seguinte sequência:

- 1) Que imagem vocês têm da pessoa que faz uso de drogas? Escrevam quatro palavras que definam essas pessoas
- 2) Do que as pessoas que usam drogas precisam?
- 3) O que os ACS podem fazer em relação às pessoas que usam álcool e outras drogas?

Posteriormente, realizamos a leitura do que cada um havia escrito, registrando as respostas em um cartaz. As palavras e expressões que surgiram ao longo dos quatro grupos como respostas à primeira questão foram: desespero, miséria, família, ansiedade, dependência, depressão, decadência, cor (da pele acinzentada), pobreza, morte, fraqueza, fraca, frágil, impaciência, falta de amor próprio, falta de conhecimento, mal amados, jeito, malandragem, olhos, gíria, companhia, nervosismo, pânico, sem controle, consumistas, carente, carência, inseguros, doente, fuga, aceitação, rejeição, solidão, tristeza, sem futuro, repugnância, isolamento, desorientada, nojo, abandono, angústia, fuga, família, sofrimento, desequilíbrio, vazio, desassistência,

desconfiança, destruição, desinformação, escolha, sujo, ilusão, influência, más companhias, medo, desnorteado.

Em relação à segunda pergunta, obtivemos as seguintes respostas: aceitação, ajuda, amor, atenção, afeto, paciência, acompanhamento, apoio, ajuda, assistência, acolhimento, autoconfiança, amigos, família, menos discriminação, vergonha na cara, amor próprio, bom serviço de saúde, tratamento, estímulo, proteção, força de vontade, apoio da família, prevenção, orientação, informação, cuidado, ocupação, tratamento, vigilância, compreensão, puxão de orelha, trabalho, carinho, segurança e certezas, local de tratamento, direcionamento, oportunidades, escuta, “causa” (no sentido de que é preciso saber as causas do uso para ser possível ajudar), persistência, força, vontade de parar, menos preconceito. Por último, em relação à terceira pergunta, surgiram as respostas: conversar com a família e usuário, nada, saber os motivos, ser “amiguinho”, alertar sobre o uso e os danos, saúde na família, prevenção, redução de danos, comunicação, grupos de prevenção, dedicação.

O primeiro aspecto discutido nos grupos foi acerca da imagem constituída sobre a pessoa que faz uso de álcool e/ou outras drogas, perpassada por figuras negativas e pejorativas, que demonizam o sujeito, reduzindo-o à imagem do “drogado”, “crackeiro”, “bêbado”. Ao perceber tal imagem, uma das ACS exclamou: “Nossa, e eu achava que tinha empatia com eles!”. Problematizou-se, assim, o fato de que tal imagem pode estigmatizar o usuário, afastando-o dos serviços de saúde, por receio de ser julgado moralmente. Ou, ainda, pode afastar os profissionais da saúde desses usuários, que percebem tais casos como “perdidos”.

Sobre a ação dos ACS que conseguem se aproximar destes usuários, foram colocadas em discussão as formas de abordagem. Alguns ACS relataram conversar com os usuários, procurando “dar orientações”. Como exemplo, citamos uma ACS que relata um diálogo com um menino que faz uso de drogas em sua área: “Por que tu faz isso? Essa vida não serve pra ti, tua mãe te adora, tu tem tudo...”.

Esse relato é compreendido como um analisador, que explicita o caráter moralizante e prescritivo que perpassa as ações em saúde, nos quais os ACS pressupõem saberem o que é melhor para o usuário. A partir dos relatos, ficou evidente que, muitas vezes, a chamada “conversa” se resumia a orientações sobre o que o usuário deveria fazer, sendo tais orientações pautadas no pressuposto da abstinência. Os relatos apontaram uma dificuldade de compreensão em relação aos fatores que levam uma pessoa a usar drogas. Percebeu-se, também, uma dificuldade no processo de escuta, pois a preocupação recaía sobre “o que dizer” a essas pessoas e não em detectar quais as necessidades e singularidades de cada uma delas. Também observamos que o uso de drogas produzia um efeito de homogeneização dos usuários, em torno do significante “drogado”, produzindo uma expectativa de solução preestabelecida para todos os casos.

Introduzimos a discussão sobre a política de redução de danos (Brasil, 2003; Vinadé, 2009), que se assenta sobre a noção de cuidado. Ao invés de estar centrada na dicotomia uso X abstinência, tal abordagem centra-se nos danos que o uso pode provocar e nas formas de evitar ou reduzir tais danos. Mayer (2010) afirma que o princípio de universalidade presente no SUS implica em pensar diferentes estratégias de cuidado para diferentes públicos: para os que usam drogas e não querem mais usar; para os que usam drogas e querem continuar usando; para os que não usam drogas, mas estão pensando em usar; para os que não usam drogas, nem pensam em usar (Mayer, 2010). Nesse sentido, a abstinência não pode ser o pressuposto de toda intervenção, pois exclui do sistema aqueles que não desejam ou não conseguem aderir à estratégia da abstinência, por exemplo. Ao introduzir a perspectiva da redução de danos, procurou-se aumentar o repertório de respostas possíveis, com a construção de novos parâmetros em conjunto com o usuário, conforme suas possibilidades. É necessário demarcar que a redução de danos, enquanto diretriz de trabalho, não se coloca como o oposto da abstinência. Compreendemos que a abstinência pode, em algumas circunstâncias, compor uma das estratégias de cuidado pos-

síveis. Porém, ela não deve ser um pressuposto da intervenção, nem a única ou a principal estratégia de cuidado.

Módulo 3 – Sexualidade e DST/AIDS

Os encontros referentes à temática da sexualidade e DST/AIDS tinham como objetivos: abordar a relação entre AIDS e saúde mental; problematizar as imagens e os estigmas relacionados à AIDS; diferenciar as abordagens calcadas na estratégia dos grupos de risco em relação àquelas calcadas na noção de vulnerabilidade. Essa temática foi introduzida na formação em decorrência de Porto Alegre ser a cidade do país com maior incidência de AIDS, sendo esta gerência distrital a que apresenta a segunda maior incidência de AIDS dentro do município (Brasil, 2011).

Inicialmente, explorávamos as percepções dos ACS sobre as relações entre saúde mental e HIV-AIDS. Os ACS disseram perceber o impacto do diagnóstico sobre a saúde mental, “por causa da depressão que pode causar” e do envolvimento com a família. Um ACS cita o exemplo de um rapaz que soube que era soropositivo para o HIV e que “perdeu o chão, não sabia o que fazer”. Outro ACS relata que “nem toda família apoia”, evidenciando o estigma relacionado à AIDS e seu impacto sobre a saúde mental. Trabalhamos ainda a perspectiva da vulnerabilidade às DST/AIDS associada aos transtornos mentais (Brasil, 2008).

Em um segundo momento, realizou-se uma atividade em pequenos grupos, para os quais distribuímos imagens retiradas de revistas e sites da internet. As imagens envolviam pessoas com diferentes características físicas, etárias, sexuais, sociais, econômicas, entre outras. Os cenários também eram variados: na rua, em escritórios, na praia, em festas. Os cenários e as roupas usadas pelos personagens designavam diferentes posições sociais. As imagens não possuíam legendas e algumas denotavam certa ambiguidade. Por exemplo: dois homens abraçados, os quais poderiam ser amigos, namorados ou pai e filho. Ou a

imagem de uma pessoa que ora parecia homem, ora parecia mulher, ora travesti ou transexual. Com base nas imagens e no que imaginavam em relação a essas pessoas, solicitávamos aos ACS que propusessem ações de saúde para elas. Ou seja, se essas pessoas fossem moradoras de sua área de atuação, que intervenções poderiam ser a elas direcionadas? Tal atividade tinha como objetivo problematizar as imagens e estereótipos associados à AIDS e que, muitas vezes, impedem a efetivação de estratégias de prevenção para a população em geral. Na realização dessa atividade, percebemos que as ações de prevenção ao HIV costumam ser direcionadas a determinados “tipos” de pessoas e grupos, principalmente aos adolescentes e às pessoas que, supostamente, são homossexuais. Nas situações em que um casal de idosos ou uma família foram identificados, por exemplo, dificilmente apareceu a sugestão de alguma atividade que remetesse à dimensão da prevenção ao HIV-AIDS. Ao justificar o porquê de direcionar uma ação de prevenção aos homossexuais e não a outros públicos, uma ACS diz que “eles compõem o grupo de risco”; outra ACS justifica que “os gays são sexualmente ativos” [sic]. Ao ser interrogada por um dos pesquisadores, “e quem não é sexualmente ativo?”, ela seguiu tentando explicar: “mas eles são mais sexualmente ativos” [sic], remetendo à ideia de promiscuidade. Identificamos que a noção de grupo de risco permeava a ação de muitos ACS, constituindo um ponto de cristalização a ser interrogado. Buscamos historicizar o surgimento de tal noção, os seus efeitos e riscos, como a estigmatização sobre determinados grupos, além da produção da crença de que algumas pessoas estariam seguras ao não fazerem parte do chamado “grupo de risco”. Também discutimos sobre a dimensão da sexualidade e os instituídos que a atravessam, como a ideia de que idosos são asexuados ou são sempre fiéis aos seus parceiros. Esses modos instituídos de conceber os idosos fazem com que os profissionais não os percebam como alvo de intervenções relacionadas à sexualidade e prevenção em HIV-AIDS, deixando-os descobertos de ações preventivas. Ao mesmo tempo, o direcionamento de ações ao público homossexual também expressa a relação instituída entre

homossexualidade e doença, promiscuidade. Dentro desta discussão, inserimos o conceito de vulnerabilidade (Ayres, França, Calazans, & Saletti Filho, 2009), que tem servido de referência para o trabalho de prevenção em HIV-AIDS no campo da saúde, incluindo os serviços de atenção básica (Brasil, 2006).

Ao mesmo tempo em que alguns ACS demonstraram concepções atreladas à noção de grupos de risco, alguns ACS também demonstraram conhecimento sobre as tendências epidemiológicas, constituindo estratégias mais amplas de prevenção. Uma das ACS relatou que há cerca de três anos inseriu o preservativo na relação com o marido. Relatou ter chegado à conclusão de que só poderia ter certeza sobre o seu comportamento sexual, não tendo certeza do comportamento do marido. Além disso, relata ter conhecimentos sobre a tendência de heterossexualização da epidemia de AIDS.

O terceiro momento se caracterizou pela discussão sobre questões emergentes no grupo: quais as diferenças entre HIV e AIDS; como “pega/não pega”; formas de tratamento; transmissão vertical, etc.

Ao final dos encontros, realizávamos visitas ao Centro de Testagem e Aconselhamento - CTA, que se constitui como serviço de referência para a testagem e aconselhamento em HIV na gerência distrital. Tal visita durava cerca de 40 minutos. Um técnico do serviço fazia a apresentação do local, relatando as formas de acesso ao CTA, o funcionamento do processo de aconselhamento, testagem e encaminhamento para o Serviço de Atenção Especializada - SAE, abrindo ainda a possibilidade do desenvolvimento de ações conjuntas com as unidades de saúde. Apesar de os ACS possuírem conhecimento sobre a existência do CTA, a maioria relatou nunca ter entrado neste serviço, desconhecendo sua forma de acesso e funcionamento. Muitos se mostraram surpresos com a possibilidade de proporem ações em conjunto entre o CTA e a ESF. Nossa equipe de pesquisa teve notícias, posteriormente, da realização de ações do CTA nas unidades de saúde, como nas salas de espera no dia internacional das mulheres.

Módulo 4 – Estratégias de cuidado em saúde mental na atenção básica

O principal objetivo deste módulo foi discutir as estratégias de cuidado em saúde mental, levando em consideração a distinção entre tecnologias leves, leve-duras e duras propostas por Merhy (2002). Percebemos a importância desta discussão em função de os ACS desqualificarem muitas de suas ações, tratando-as como “simples conversas”. A ideia de escuta e acolhimento acabava sendo desqualificada ou percebida como “paliativa” e “não resolutiva”. O conhecimento acerca das pessoas que habitam o território, a leitura contextualizada que realizam, o saber que possuem - e que é justamente o que constitui um diferencial para sua contratação, levando-se em consideração que eles devem atuar no território onde moram - era desvalorizado, não sendo visto como um saber. Ao longo da primeira etapa da pesquisa e da própria etapa de formação, os ACS relataram várias ações que demonstravam se constituir como importantes estratégias de cuidado. Podemos citar alguns exemplos, como os relatos dos ACS de que é importante destinar mais tempo a algumas visitas domiciliares (VD) e/ou à intensificação do número de visitas ao perceberem que o usuário não está bem - em casos de pessoas com depressão ou de idosos que vivem sozinhos ou em abandono familiar. Eles também referem diferentes formas de comunicação com a equipe para o encaminhamento de casos: alguns telefonam para a unidade; outros mandam um bilhete junto com o usuário, designando que se trata de uma situação importante para ser atendida. Percebemos que as estratégias de cuidado que não são prescritas e constituídas enquanto saber técnico acabam sendo desqualificadas pelos ACS. A desvalorização de suas próprias ações e inventividade constitui um paradoxo, uma vez que a criação de estratégias novas, que respondam aos problemas colocados em cada contexto, tem sido considerada como uma importante competência do trabalhador em saúde.

Nesse sentido, percebemos que era preciso problematizar a relação com o saber técnico-

especializado e o lugar que esse saber ocupa no contemporâneo. Segundo Coimbra e Leitão (2003), a divisão social do trabalho, inaugurada pelo sistema capitalista, institui e naturaliza dois territórios bem definidos. O primeiro, o do saber-poder, “identificado com o lugar da competência, do conhecimento/reconhecimento, da verdade, dos modelos, da autoridade, do discernimento, da legitimidade e adequação de certos modos de ser” (Coimbra & Leitão, 2003, p. 8). O segundo, caracterizado pelo não saber, pela falta – território da exclusão e da desqualificação. Dentro desta lógica que atravessa e constitui o tecido social, é possível compreender o posicionamento dos ACS quanto à desvalorização de suas ações. Ao mesmo tempo, é possível compreender o lugar em que a equipe de pesquisa-intervenção foi posicionada em vários momentos da formação: como especialistas em saúde mental e comportamento humano, aos quais eram demandadas respostas prontas, fórmulas e técnicas de como lidar com determinada situação.

Baseados nessa percepção, buscamos discutir as várias dimensões do cuidado em saúde, tomando como ferramentas as noções de tecnologias duras, leve-duras e leves propostas por Merhy (2002). As tecnologias duras (máquinas, aparelhos, estrutura física) são necessárias, mas constituem apenas uma das dimensões do trabalho. Outra dimensão é a leve-dura, que constitui os protocolos, as prescrições de como proceder. A outra é a leve, relacionada aos processos de criação, aos modos como inventamos novas estratégias frente a problemas singulares (Merhy, 2002). Pensamos que o trabalho dos ACS está centrado nas duas últimas dimensões tecnológicas, principalmente a última, exigindo reflexões sobre o modo de operá-la e as forças que fazem com que ela seja (des)valorizada no contemporâneo.

Considerações finais

A pesquisa evidenciou a complexidade das situações que envolvem questões de saúde mental presentes no cotidiano de trabalho dos ACS, além de mostrar a dificuldade dos

próprios ACS em reconhecerem como legítimas e oportunas várias ações de cuidado que já desenvolviam no território. A metodologia utilizada na etapa de formação buscou criar um espaço de escuta e acolhimento das experiências dos ACS, possibilitando-lhes compartilhar problemas comuns e, ao mesmo tempo, redimensionar vários estereótipos relacionados às temáticas trabalhadas nos módulos acima descritos. Constatou-se que tais estereótipos dificultavam, por exemplo, a discussão em torno de questões referentes à Política Nacional de Redução de Danos para usuários de álcool e outras drogas, assim como de questões envolvendo sexualidade e DST/AIDS. Na etapa final de avaliação, verificou-se que a experiência da pesquisa, tanto na etapa do diagnóstico quanto na atividade de formação, produziu um impacto no cotidiano de trabalho dos ACS, criando uma maior sensibilização e corresponsabilização destes ações que configuram o cuidado relativo à saúde mental em seu território. Uma das ACS relatou que no primeiro dia da formação entrou na sala e colocou seus óculos escuros. Segundo relatou, sua expectativa é de que haveria uma pessoa ministrando uma aula, com slides e muitas informações. Caso ela se sentisse desinteressada em relação à atividade, poderia dormir, e os óculos escuros seriam seu disfarce. No entanto, relata ter se surpreendido ao perceber o grupo disposto em roda, assim como a proposta participativa da formação, retirando os óculos escuros por se sentir convocada a participar. Esse relato indica que a proposta de formação diferenciou-se daquelas geralmente realizadas com os ACS, produzindo novos efeitos.

Os resultados da pesquisa apontam para o esgotamento do modelo pedagógico das capacitações habituais no campo da saúde, uma vez que esse modelo restringe-se a uma mera transferência de informações que busca “treinar” os trabalhadores, ensinando-os um “modo correto de fazer” (Pasche & Passos, 2010, p. 7). Pelos resultados da presente pesquisa, fica claro que a inovação das práticas formativas em saúde é algo urgente e necessário, face à complexidade desse campo.

O trabalho desenvolvido evidencia as contribuições da Psicologia e da análise institucional para a saúde coletiva, sintetizadas em três aspectos.

O primeiro a ser destacado diz respeito à constituição da formação em saúde como possibilidade de escuta e análise dos processos de trabalho. A troca de experiências e o exercício de análise conjunta possibilitou que os ACS revissem o próprio modo como lidam com o trabalho em seu cotidiano, principalmente em relação às pressões, preocupações, angústias e frustrações. O impacto dos grupos de formação não ocorreu apenas sobre a forma como operam o trabalho, mas, também, no modo como se sentem em relação ao mesmo.

O segundo aspecto diz respeito à valorização dos ACS, por meio de uma abordagem participativa, incitando a criação e o compartilhamento das estratégias de cuidado estabelecidas no cotidiano. Sob o princípio da transversalização, buscamos aumentar o grau de comunicação e interação entre os vários sujeitos envolvidos no processo de pesquisa, além de desestabilizar com dicotomias que tendem a constituir campos distintos - e com pouca porosidade - entre pesquisa e intervenção, universidade e serviços de saúde, pesquisadores e sujeitos de pesquisa, atenção básica e serviços especializados.

Por fim, consideramos que a análise institucional possibilita a criação de importantes ferramentas e estratégias de intervenção para a desconstrução de estereótipos que atravessam eventos como o uso de drogas, a AIDS e o sofrimento psíquico grave. Esse exercício de desconstrução possibilita colocar em análise o atravessamento moral e normativo que constitui as práticas em saúde, tendo por efeito, muitas vezes, o afastamento do usuário dos serviços de saúde.

A proposta dessa pesquisa não foi apenas a de levantar dados sobre uma realidade, mas, sim, diagnosticar uma situação e propor formas de intervenção, congruentes com as políticas públicas de saúde, na dire-

ção da efetivação do SUS. Cabe ressaltar que, do ponto de vista da fundamentação teórico-metodológica do presente estudo, pesquisa e intervenção não ocorrem em etapas diferentes, sendo dimensões complementares ao mesmo processo. Ao pensar a pesquisa a partir das ferramentas teórico-metodológicas da análise institucional, em especial do par conceitual instituído/instituinte, foi possível detectar pontos de cristalização das práticas em saúde mental a serem problematizados no próprio movi-

mento da pesquisa, abrindo espaços para a produção de novos sentidos.

A contribuição deste artigo está na análise do modo como a Psicologia, por meio do referencial da análise institucional, pode trazer contribuições para o desenvolvimento de estratégias de educação permanente em saúde, a fim de se avançar na integralidade do cuidado e na resolutividade dos problemas de saúde mental na interface com a atenção básica.

Gustavo Zambenedetti

Doutor em Psicologia Social e Institucional (UFRGS), Professor do Departamento de Psicologia da Universidade Estadual do Centro-Oeste (UNICENTRO)/Campus Iriti-PR. Email: gugazam@yahoo.com.br . Endereço: Rua Frei Orlando, nº 52, ap. 41. Centro. Iriti-PR. CEP: 84500-000.

Carlos Augusto Piccinini

Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Email: picguto@yahoo.com.br

André Luis Leite de Figueiredo Sales

Mestre em Psicologia Social e Institucional (UFRGS). Assessor Técnico de Políticas Públicas no Centro de Referência em Psicologia e Políticas Públicas do Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Email: andreluislfs@gmail.com

Simone Mainieri Paulon

Doutora em Psicologia Clínica (PUC-SP), Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFRGS . E-mail: simone.paulon@ufrgs.br

Rosane Azevedo Neves da Silva

Doutora em Educação (UFRGS), Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da UFRGS. E-mail: rosane.neves@ufrgs.br

Endereço para envio de correspondência:

Rua Frei Orlando, n. 52, ap. 41. Centro. CEP: 84500-000. Iriti – PR. Brasil

Recebido 19/05/2013, 1ª Reformulação 13/11/2013, Aprovado 12/12/2013.

Referências

- Ayres, J. R., França Jr., I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as práticas em saúde: novas perspectivas e desafios. In D. Czeresnia (Org.), *promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências* (pp. 121-144, 2a. ed., Rev. e ampl.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Barembli, G. (1996). *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Benevides, R. (2005). A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: quais interfaces? *Psicologia & Sociedade*, 17(2), 21-25. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822005000200004>.
- Brasil. (1996). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde, MS/CNS. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. [Estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos].
- Brasil. (2003). *A Política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf.
- Brasil. (2006). *HIV/Aids, hepatites e outras DST / Cadernos de Atenção Básica, nº 18, Série A. Normas e Manuais Técnicos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2007). *Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). *HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS* (4a ed.). Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2008). *Prevenção e atenção às IST/Aids na saúde mental no Brasil: Análises, desafios e perspectivas*. Brasília, DF: Ed do Ministério da Saúde.
- Brasil. (2009). *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde [Série B. Textos Básicos em Saúde]*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). *Boletim Epidemiológico*. Brasília, DF: Ministério da Saúde;
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. (2004a). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad. Saúde Pública*, 20(5), 1400-1410. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000500036>.
- Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004b). O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, 14(1), 41-65. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10183/27642>
- Conselho Federal de Psicologia - CFP. (2011). *Contribuições do Conselho Federal de Psicologia para a constituição da Rede de Atenção Psicossocial no Sistema Único de Saúde a partir do Decreto nº 7.508/2011*. Brasília-DF: Autor.
- Coimbra, C., & Leitão, M. B. S. (2003). Das esências as multiplicidades: especialismos psi e produções de subjetividade. *Psicologia e Sociedade*, 15(2), 6-17. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822003000200002>.
- Davini, M. C. (2009). Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. In Brasil. *Política Nacional de Educação Permanente em Saúde* (pp. 39-63). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, (Natal), 3(1), 53 – 81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X1998000100004>
- Dimenstein, M., & Macedo, J. P. (2012). Formação em Psicologia: Requisitos para Atuação na Atenção Primária e Psicossocial. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 32(Spe.), 232-245. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932012000500017>.
- Fajardo, A., Rocha, C. M. F., & Pasini, V. L. (Orgs.). (2010). *Residências em saúde: fazer & saber na formação em saúde*. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição.
- Guizardi, F. L., Lopes, M. R., & Cunha, M. L. S. (2011). Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In R. A. Mattos, & T. W. F. Baptista (Orgs.), *Caminhos para análise das políticas de saúde* (pp. 200-218). Rio de Janeiro: IMS.

- Heckert, A. L. C., & Neves, C. A. B. (2010). Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. (pp. 14-27) Brasília, DF: Ministério da Saúde
- Lourau, R. (1993). *Análise Institucional e Práticas de Pesquisa - René Lourau na UERJ*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Lourau, R. (2004). O instituinte contra o instituído. In S. Altoé (Org.), *René Lourau: analista institucional em tempo integral* (pp. 47 – 65). São Paulo: HUCITEC.
- Mayer, R. T. R. (2010). A Contribuição do Centro de Referência em Redução de Danos: nossas palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas. In L. M. B. Santos (Org.), *Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas* (pp. 87-98). Porto Alegre: Ideograf/Conselho Regional de Psicologia.
- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo* São Paulo: Editora Hucitec.
- Merhy, E. E. (2005). O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 9(16), 172-174. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000100015>.
- Pasche, D. F., & Passos, E. (2010). Cadernos Temáticos PNH: formação em Humanização. In Brasil. Minsitério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção* (pp. 5-10). Brasília, DF: Ministério da Saúde. (Cadernos HumanizaSUS, Vol. 1: Formação e Intervenção. Série B. Textos Básicos de Saúde).
- Passos, E., Kastrup, V., & Escóssia, L. (2009). Apresentação. In E. Passos, V. Kastrup, L. Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade* (pp. 7-16). Porto Alegre: Ed. Sulina.
- Pinheiro, R., Ceccim, R. B., & Mattos, R. A. (Orgs.). (2006). *Ensinar Saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC.
- Scarcelli, I. R., & Junqueira, V. (2011). O SUS como desafio para a formação em Psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(2), 340-357. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-98932011000200011>.
- Spink, M. J., Bernardes, J. S., Santos, L., & Gamba, E. A. C. (2010). A inserção de Psicólogos em serviços de saúde vinculados ao SUS: subsídios para entender os dilemas da prática e os desafios da formação profissional. In M. J. P. Spink (Org.), *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (pp. 53-80). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vinadé, T. F. (2009). Redução de Danos na Atenção Primária à Saúde: construindo a potência do encontro. In P. C. A. V. Duarte, & M. L. O. S. Formigoni (Orgs.), *SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção social e Acompanhamento* (pp. 63–76 3a. ed.). São Paulo: UNIFESP.