UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica

REBECA DE CASSIA DANELUCI

Psicologia e Unidades Básicas de Saúde: contextualização das práticas na Atenção Básica

São Paulo
2010

REBECA DE CASSIA DANELUCI

Psicologia e Unidades Básicas de Saúde: contextualização das práticas na Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Prevenção:
programas e intervenções

Orientadora: Prof^ª. Associada Dr^ª. Elisa
Maria Parahyba Campos

Versão Corrigida. A versão original encontra-se na Unidade que aloja o Programa.

São Paulo
2010

**AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES
TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.**

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Daneluci, Rebeca de Cassia.

Psicologia e Unidades Básicas de Saúde: contextualização das
práticas na atenção básica / Rebeca de Cassia Daneluci; orientadora
Elisa Maria Parahyba Campos. -- São Paulo, 2010.

151 f.

Dissertação (Mestrado – Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. Área de Concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo.

**1. Psicologia 2. Saúde pública 3. Sistema Único de Saúde 4.
Centros de saúde I. Título.**

RA425

Nome: Rebeca de Cassia Daneluci

Título: Psicologia e Unidades Básicas de Saúde: contextualização das práticas na Atenção Básica

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Sumário

APRESENTAÇÃO: PALAVRAS INICIAIS	16
1 PSICOLOGIA: PRISMA CIENTÍFICO E PROFISSIONAL	22
1.1 O CONHECIMENTO CIENTÍFICO E A ÁREA DA SAÚDE	22
1.2 A CIÊNCIA PSICOLÓGICA E SUAS PRINCIPAIS ESCOLAS: O INÍCIO DA FRAGMENTAÇÃO	25
1.3 CAMINHOS DA PSICOLOGIA NO BRASIL: CONSTRUÇÃO DA ÁREA CLÍNICA	31
1.4 PSICOLOGIA E SAÚDE: APROXIMAÇÃO POR MEIO DA PSICOLOGIA CLÍNICA	36
2 AS INTERFACES ENTRE A PSICOLOGIA E A SAÚDE PÚBLICA	43
2.1 INSERÇÃO DO PSICÓLOGO NA SAÚDE PÚBLICA	43
2.2 PARTICIPAÇÃO DOS PSICÓLOGOS EM EQUIPES DE SAÚDE: DIÁLOGOS E DESENCONTROS	51
2.3 A PSICOLOGIA E OS NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE	55
2.4 O PSICÓLOGO NA ATENÇÃO BÁSICA	58
2.5 A ESCOLHA PELO SERVIÇO PÚBLICO E OS ÓRGÃOS DE DELIBERAÇÃO E FORMAÇÃO	67
3. JUSTIFICATIVA	70
4. OBJETIVOS	71
5 PERCURSO METODOLÓGICO	72
5.1 PARTICIPANTES	75
5.2 LOCAL	75
5.3 INSTRUMENTO	76
5.4 PROCEDIMENTOS	77
5.5 ANÁLISE DOS DADOS	78
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	81
6.1 CONTEXTO DA PESQUISA	81
6.2 O MUNICÍPIO ESTUDADO E A ÁREA DA SAÚDE	81
6.3 A PSICOLOGIA NA ÁREA DA SAÚDE DO MUNICÍPIO ESTUDADO	82
6.4 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DA PESQUISA	83
6.5 OS NÚCLEOS E AS CATEGORIAS DE ANÁLISE	84
Núcleo A- Prática Profissional do Psicólogo no SUS	87
Núcleo B- Relação do Psicólogo com a População	112
Núcleo C- A construção do lugar da Psicologia na Saúde e suas consequências para a atuação	121
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	135
REFERÊNCIAS	138
APÊNDICES	148
APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA	149
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	150

À minha avó, professora e pedagoga, Diva de Moraes Bezerra Daneluci.
Pelo amor à docência, pelo carinho e cuidado aos seus filhos e netas (o) e
por todas as marcas e saudades deixadas....!
(in memoriam)

AGRADECIMENTOS

À professora Associada dra. *Elisa Maria Parahyba Campos*, a quem conheci na entrevista do mestrado e prontamente me aceitou como sua aluna. Pelo estímulo e confiança durante esses anos e também pela oportunidade de ter participado do Laboratório CHRONOS e do Hospital Universitário.

Ao professor dr. *Avelino Luiz Rodrigues*. Toda minha admiração e agradecimento. Exemplo de ética e dedicação.

Ao *Rafael Barreto do Prado*, meu companheiro! “nem tudo é falta, e isso pode ser revolucionário!”. Pelas horas que passamos discutindo, lendo, refletindo e construindo juntos nossos projetos. Enfim, por toda a sua valiosa contribuição nesse trabalho e na minha vida.

À professora dra. *Maria Geralda Viana Heleno*, com quem dei os primeiros passos de pesquisadora e também iniciei as discussões sobre Psicologia e Saúde na época da graduação. Pelo estímulo à pesquisa acadêmica.

À professora Ms. *Fabíola Ramon*. Pela oportunidade de ter sido sua monitora nos projetos de extensão universitária e de quem tive forte incentivo para o início deste trabalho.

À professora *Mariantonia Chippari*. Pela confiança depositada em me convidar para participar do “Projeto Piauí”. Trabalho no qual as reflexões sobre a Psicologia e Saúde Pública se tornaram centrais. (“*Guardando as recordações Das terras onde passei Andando pelos sertões*”).

Ao *Conselho Regional de Estudantes de Psicologia (COREP)*. Pelos momentos de discussão e movimentação.

Ao psicólogo Paulo Roberto Cagliari Pelos seus ensinamentos sobre a atuação no serviço público e toda sua dedicação aos estagiários e às trocas realizadas nos grupos de estudo.

À professora dra. *Ianni Regia Scarcelli*. Pela seriedade, pelo estímulo ao pensamento crítico e pelas reflexões para o desenvolvimento deste trabalho, tanto em suas aulas, como no exame de qualificação.

A professora dra. *Leila Salomão de La Plata Cury Tardivo*. Pelo acolhimento nesses anos, pela oportunidade de ser sua monitora, pelas contribuições no exame de qualificação e por toda a sua disponibilidade, sempre que precisei.

À doutoranda *Ivete de Souza Yavo*, parceira desde o início deste trabalho. Pela confiança, pelo ombro amigo e por cada momento compartilhado.

À dra. *Karina Zillmann*, pela imensa ajuda prestada nas discussões deste trabalho.

À mestranda *Ana Angélica Roncalato*. Pela cumplicidade nas discussões, nas dúvidas e nas reivindicações. Juntas, aprendemos e vivenciamos as dificuldades além do trabalho escrito, mas também compartilhamos as alegrias de cada conquista.

À doutoranda *Mirian Aydar Nascimento Ramalho*. Pela receptividade desde o início e pelo auxílio prestado no período da qualificação.

Aos meus colegas mestrando aracajuenses, *Ana Paula Alves Lima Santos* e *Walter Lisboa Oliveira*. Pelas horas compartilhadas de crescimento e angústias.

A *Secretaria de Saúde* do município pesquisado e *as participantes* desta pesquisa, sem os quais este trabalho não seria realizado.

A *todos os meus professores, colegas e profissionais* que conheci, os quais diretamente e indiretamente fizeram parte deste trabalho, por suas contribuições, seja nas aulas, nos corredores, nos congressos ou no dia-a-dia do trabalho.

A *CNPq*, pelo período em que este trabalho foi subsidiado.

Aos meus pais, *Gerson Luiz Daneluci* e *Sueli Aparecida Daneluci*.
Por mais uma vez, acreditem e me deem a oportunidade de seguir em busca dos meus sonhos.

Por todos os sacrifícios e alegrias que possam acontecer.

(Pais, tenho pais que são pais, que sempre foram pais e só sabem serem pais. São também homem, mulher, trabalhadores, mas não deixam de serem pais.

Pais, que são tão pais que dá vontade de pedir emprestado.

Dos pais que por serem tão pais não facilitaram outros papéis que não o de filha, mas que respeitaram,
que foram forçados a perceber que suas filhas cresceram, ver que cada uma seguiu o rumo que quis, por vezes estranhos e não aprovados, outros relutados ou admirados,
Mas que nunca deixaram de ser filhas perante esses pais).

As minhas irmãs, *Barbara Aparecida Daneluci Ventura*, *Deborah Maria Daneluci* e *Gabriela Luiza Daneluci* (“o bloco da família vai atrás”).

As minhas amigas desde a infância, *Luana Camargo Fino* e *Fernanda Segala de Oliveira*, que mesmo seguindo caminhos diferentes e distantes, são presentes!

(Parece ter sido ontem, parece ter passado tanto tempo, parece que ainda é... seja como for, basta apenas um re-encontro para fazermos aflorar o sentimento guardado de carinho, e relembrar as tardes que passávamos juntas e queríamos apenas sermos felizes!)

Às psicólogas, *Eunice Almeida Silva* e *Iara Rodrigues Alves dos Santos*, amigas desde a época da graduação, com que compartilhei muitas aventuras.

A todos os olhares, sorrisos e abraços recebidos no momento mais difícil desse processo. Aos que acreditaram e me deram força para finalizar.

(“*Pensar em tudo que se passou, que se pôde sonhar e não realizou A vida tentando escapar, mas não por agora Ao mesmo tempo tanta coisa se amou, se refez, se perdeu, se conquistou*”).

“La conducta, tanto como toda La vida Del ser humano, es siempre
respuesta y siempre compromiso”
(Bleger).

RESUMO

Daneluci, R.C. (2010). *Psicologia e Unidades Básicas de Saúde: contextualização das práticas na Atenção Básica*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

O conceito de Saúde sofre alterações à medida que ocorrem mudanças na condição socioeconômica e política de cada época. Assim, podemos dizer que o Sistema Único de Saúde (SUS) – representa um novo modo de se conceber a Saúde e a atuação dos profissionais da Saúde nas últimas décadas. No entanto, se neste novo modelo e período o psicólogo teve sua participação particularmente aumentada, o mesmo não se pode dizer da produção científica da Psicologia no que tange à Atenção Básica (AB). Assim, em nossa pesquisa objetivamos conhecer como os psicólogos inseridos em Unidades Básicas de Saúde (UBS), de uma cidade da região metropolitana de São Paulo veem o trabalho que realizam, ou seja, como é a prática dos psicólogos de acordo com seus próprios relatos, e discutir qual sentido do trabalho do psicólogo pode ser depreendido destes relatos. Para isso, optamos pelo método qualitativo, realizando três entrevistas semiestruturadas, e as analisando de acordo com Bleger (1982,1984) e outras produções relativas à atuação do psicólogo na Saúde Pública. Os dados foram então divididos em três núcleos estruturadores: a) prática no SUS, b) relação com a população, c) o psicólogo da Saúde. Sendo que tais núcleos contêm categorias gerais e específicas. Os resultados mostraram: a) que permanece presente a discussão referente ao procedimento do psicólogo frente ao atendimento na Unidade Básica; b) a identidade específica do psicólogo enquanto profissional da Saúde Mental, distinguindo esta da Saúde em geral, c) o distanciamento entre a teoria e a prática, e por fim d) a presença de condutas normativas próximas à medicalização da vida. Não foi possível, no entanto, realizar uma generalização das três entrevistas, visto que as entrevistadas apresentaram divergências nas descrições das atividades desenvolvidas, assim como nas posturas e nos referenciais adotados.

Palavras-chave: Psicologia, Saúde Pública, Sistema Único de Saúde, Unidades Básicas de Saúde.

ABSTRACT

Daneluci, R.C. (2010). *Psychology and Basic Health Units: contextualizing the practice in Primary Care*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

The concept of health undergoes changes as they occur and changes in socioeconomic policy of each season. So we can say that National Health System (SUS)- represents a new way of conceiving the health and performance of health professionals in the last two decades. However, this new model and the psychologist period had increased its participation particularly, the same cannot be said about the scientific psychology in relation to Primary Care (AB). Thus, in our research we aim to know how the psychologists included in the Basic Health Units (BHU) in a city in São Paulo metropolitan region, see the work they do, in other words, how the practice of psychologists is according to their own speech, and discuss which way the psychologist's work can be understood from these speeches. For this, we chose the qualitative method, conducting three interviews, and analyzing them according Bleger (1982.1984) and other productions on the role of psychologists in public health. The data were then divided into three sections structuring: a) practice in the SUS, b) compared with the population, c) a health psychologist. Since these cores contain general and specific categories. The results showed: a) that remains to this discussion regarding the procedure against the psychologist in the Basic service, b) the specific identity of the psychologist as a professional Mental Health, distinguishing it from General health, c) the distance between theory and practice, and finally d) the presence of normative behavior near the "medicalization" of life. However, it was not however possible to make a generalization of the three interviews, the interviewees had showed differences in the descriptions of the activities, as well as, in attitudes and references used.

Keywords: Psychology, Public Health and Health System, Basic Health Units.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Cursos de Graduação em Psicologia no Brasil por Estado.....	34
Gráfico 2- Cursos de Especialização Credenciados pelo CFP.....	35
Gráfico 3- Cursos de Especialização Credenciados pelo CFP no Estado de São Paulo.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1-Classificação Geral das ciências e suas principais propriedades.....	24
Tabela 2- As escolas de Psicologia e seus principais postulados (Parte 1).....	28
Tabela 3 - As escolas de Psicologia e seus principais postulados (Parte 2).....	28
Tabela 4- Atividades pertinentes ao Psicólogo Clínico.....	38
Tabela 5- Principais Associações Internacionais e Nacionais de Psicologia da Saúde.....	41
Tabela 6- Diretrizes e Princípios do SUS.....	45
Tabela 7 - Passagens Históricas da Área de Saúde Mental.....	49
Tabela 8 - Definições de Equipes de Saúde.....	52
Tabela 9 - Características do Trabalho em Equipe na Atenção Básica (AB)-SUS.....	60
Tabela 10- Núcleos e Categorias de Análise.....	86

LISTA DE SIGLAS

AIS	Ações Integradas à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CASM	Centro de Atenção à Saúde Mental
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
COAS	Centros de Orientação e Apoio Sorológico
CONASS	Conselho Nacional de Secretários da Saúde
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
DAS	Departamento de Assistência Social
DST	Doença Sexualmente Transmissível
EREP	Encontro Regional de Estudantes de Psicologia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MTSM	Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAP	Programa de Aprimoramento Profissional
PSF	Programa Saúde da Família
SIA	Sistema de Informações Ambulatoriais

SUAS Sistema Único de Assistência Social

SUS Sistema Único de Saúde

UBS Unidades Básicas de Saúde

US Unidade de Saúde

Apresentação: Palavras Iniciais

O interesse pela temática Psicologia e Saúde Pública data do terceiro ano de graduação, quando me deparei com essa discussão realizada no V Encontro Regional de Estudantes de Psicologia (EREP), em 2004, na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

A partir desse encontro, me aproximei e passei a fazer parte do Conselho Regional dos Estudantes de Psicologia (COREP), que integra o movimento estudantil de Psicologia do Estado de São Paulo. Mensalmente nos reuníamos em uma universidade paulista para discutirmos nossa formação e atuação, e também para trocarmos experiências e angústias. Com esse grupo, fortemente marcado pelo afeto, percebi que para discutir política não era necessário levantar bandeiras de partidos políticos, mas, naquele contexto, pensar na condição de futuros profissionais que seríamos: qual país, formação e atuação queríamos e o que poderíamos fazer para tanto.

Por meio dessas discussões, soube que a Saúde Pública é uma área do conhecimento, de prática e de construções além das limitações que eu imaginava, passei a indagar como poderia ser a atuação do psicólogo nesse contexto.

Em 2005, ingressei como estagiária de Psicologia no Departamento de Assistência Social de um município do Estado de São Paulo. Com isso, foi possível durante dois anos experienciar o estar em uma Instituição pública, o contexto político e social daquele município, bem como tomar conhecimento da população atendida e das leis municipais, estaduais e federais que norteavam os programas sociais.

Estava em discussão, naquela Instituição, a implementação do Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) - Lei Orgânica da Assistência Social, número 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Presenciar tal debate aumentou meu interesse a respeito do Sistema Único de Saúde (SUS) - Lei número 8.080, de 1990 e fez com que me dedicasse a conhecê-lo e entendê-lo; suscitando em mim, questionamentos sobre o papel do estagiário de Psicologia naquele local, bem como o dos profissionais ali inseridos. E numa esfera maior, o papel da Psicologia e do psicólogo em instituições públicas.

Três pontos me chamaram atenção nesse período: a) a imprecisão a respeito do trabalho específico de psicólogos e assistentes sociais, gerando uma confusão de papéis; b) a grande demanda de atendimento, aparentemente maior do que a capacidade de oferecimento

dos serviços; c) a falta de possibilidade de discussão, entre os profissionais da equipe, a respeito das propostas e modos de viabilização dos programas instituídos pelos gestores. Esses três fatores, muitas vezes, faziam com que inúmeras vivências produzidas ali, como por exemplo, o grupo com adolescentes que cumpriam medidas socioeducativas, se perdessem em meio às tarefas automáticas do cotidiano.

Assim, o trabalho como estagiária continuou suscitando questões referentes à especificidade do trabalho do psicólogo, destacando-se o trabalho em equipe e sua efetivação na prática. O específico de cada profissional em uma equipe pode se tornar invisível ou, indo para outro extremo, exacerbar, gerando um confronto de lugar e papel e, conseqüentemente, estabelecendo relações de superioridade, o que dificulta a execução do trabalho.

Durante a graduação participei também de um projeto, no qual estudantes de diversas áreas da Saúde estiveram por uma semana no sertão piauiense para realizar um trabalho junto à população. Os diferentes objetivos de um trabalho assistencial (como por exemplo: as salas reservados aos médicos, biomédicos e a imensa fila de espera para atendimento individualizado) em relação aos de um trabalho de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde (tais como: visitas domiciliares para troca de conhecimentos com a população e grupos de reflexão) se mostraram visíveis a um olhar mais atento, bem como a dificuldade de elaboração de um projeto comum da equipe e a comunicação entre os estudantes no que se refere a uma prática conjunta.

Desde então, estive presente nos projetos de extensão realizados na disciplina de Psicologia Comunitária e da Saúde, nos quais eram realizadas intervenções em parques e escolas por meio de grupos de reflexão e discussão de temas diversos, nas regiões próximas à Universidade. Mesmo após ter concluído a graduação, continuei dois anos como monitora desta disciplina, e participando dos projetos.

Ingressei, então, no Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), promovido pela secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, realizando-o em um Hospital Público de grande porte. Minhas dúvidas e questionamentos aumentaram em relação ao funcionamento do SUS: para além do que está no papel, o quanto nós, psicólogos, profissionais da área da Saúde, repercutimos em nossa prática, bem como, o quanto refletimos criticamente sobre as reais formas de atuação e nos posicionamos diante delas?

A participação em instituições públicas desde a formação me colocou frente às limitações e possibilidades de atuação do psicólogo nestes locais. No entanto, foi fundamental reconhecer a insuficiência das formações acadêmicas contemporâneas de caráter especializado, pois, ao

trabalhar em instituições públicas, faz-se necessário o resgate histórico, o conhecimento das políticas, das leis e dos princípios para então se pensar no que fazer, para que fazer e como fazer.

Com esse quadro, tenho considerado que uma das questões cruciais neste campo refere-se à triangulação Psicologia-População-SUS. Quero com isso dizer que de um lado do triângulo se tem uma área de conhecimento e seu arcabouço com diversas linhas teóricas (tais como Psicanálise, Behaviorismo e Sócio-Histórica) muitas vezes contraditórias e com disputas acirradas entre si e dentro das próprias linhas (tais como as diversas psicanálises, destacando as correntes: freudiana, kleiniana, lacaniana); e do outro lado se encontra uma política que é ao mesmo tempo elogiada mundialmente (por exemplo pelos 15 mil transplantes por ano, 215 mil cirurgias cardíacas¹, cobertura do programa Saúde da Família, e pelos programas de Aids²), e também criticada negativamente dia a dia pela mídia, por conta de filas de espera, serviços precários e falta de profissionais, tendo ainda alguns obstáculos como “a questão do financiamento e a gestão”³. Em entrevista concedida pelo ministro da Saúde, José Temporão (2008), este trouxe dados de que “apenas 20% da população brasileira usa plano de saúde privado. Oitenta por cento da população usa exclusivamente o SUS. Além disso, os brasileiros que usam planos de saúde também utilizam o SUS em vários momentos, embora pensem que não. Por fim, completando a triangulação, na base tem-se a população (80% de brasileiros) que chega aos serviços de Saúde com demandas que podem ser diferentes das quais os profissionais de Saúde esperam ou podem acolher.

Em outras palavras, temos: a prática da Psicologia carregada por suas ideologias e

¹ Dados obtidos no site do Ministério da Saúde: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>, referente ao período de 2006/07.

² Temporão (2008) (entrevista publicada no Jornal Extra, disponível no site <http://redehumanizaus.net/node/2154> em 22/09/2008).

³ Temporão (2008) (entrevista publicada no Jornal Extra, disponível no site <http://redehumanizaus.net/node/2154> em 22/09/2008).

conflitos; o modo como sua inserção ocorre no SUS (este também permeado por embates ideológicos); e o resultado disto no atendimento à população.

Atendimento este, que deveria ser o ponto central do trabalho do profissional de Saúde. Assim, levantamos algumas questões: Como está sendo a participação do psicólogo nesse contexto? Quais relações podem ser estabelecidas entre usuários e profissionais e entre os profissionais de uma equipe? Quais tipos de interações (trocas de saberes) são possíveis?

Outra experiência que contribuiu para o meu interesse nessa temática refere-se às diversas vezes, seja no dia a dia do trabalho ou mesmo em eventos científicos, nos quais presenciei alguns profissionais e estudantes, em especial da Psicologia, mencionarem a população a quem atendem como “carentes”, e considerarem a inserção destes no SUS como algo secundário, ou seja, a opção (ou falta de opção) pelo SUS decorrente da dificuldade em pagar pelo convênio. Seguramente, acredito que seja essa a ideologia presente, vemos profissionais da Saúde reproduzindo-a ao invés de problematizá-la.

Assim, retomando esta ideia de triangulação, coloco a questão de como articular a Psicologia nessa relação, considerando a proximidade da Psicologia com o SUS por meio do seu reconhecimento enquanto profissão da Saúde, e a distância, muitas vezes existente, da Psicologia, fechada em seu arcabouço teórico/prático, desconsiderando o contexto de trabalho e a história das pessoas, ilustrando assim, a dificuldade deste reconhecimento dentro da própria Psicologia.

Acrescento a isso, o fato de presenciar a baixa ocorrência, ou a inexistência de diálogo entre as redes de referência e contrarreferência no sistema de Saúde, como por exemplo, o paciente que após alta hospitalar recebe um encaminhamento para acompanhamento ambulatorial ou em Unidade de Saúde e ao chegar até esses serviços (quando chega), os profissionais e o próprio paciente têm poucas informações a respeito.

Diante disto, como ponto de partida, procuramos investigar como tem se dado a atuação do psicólogo na Saúde Pública, tendo como uma questão norteadora: de que forma os psicólogos inseridos em Unidades Básicas de Saúde veem o trabalho que realizam no contexto público, ou seja, como é a prática dos psicólogos de acordo com seus próprios relatos.

Pensando ainda no serviço do psicólogo na Saúde, vemos na literatura e na prática um foco direcionado ao Hospital ou à “Saúde Mental” (esta última relacionada ao atendimento a pacientes psicóticos graves), por isso a escolha pela pesquisa em Unidades Básicas de Saúde, que apesar de ser um campo de atuação deste profissional, é pouco difundida e aparece

com menor volume de publicações.

Contudo, de modo geral vemos nas últimas décadas uma mudança no discurso dos órgãos representativos da Psicologia referente à atuação dos psicólogos inseridos na Saúde Pública, “recomendendo” que a prática deve “agora” considerar os princípios fundamentais do SUS. Sendo assim, pretendemos conhecer se e como tais mudanças estão repercutindo na prática profissional; reconhecendo, também os possíveis entraves pelos quais a prática dos psicólogos no SUS passa, a fim de objetivar no real aquilo que está em Lei. Com isso, consideramos que o SUS também passa por entraves para transpor para a prática o que está na Lei.

Podemos verificar em inúmeros trabalhos, livros e relatórios a referida mudança de discurso, dado que estes têm abordado a temática “Psicologia e Saúde Pública”, entretanto a mudança parece ter ficado apenas no discurso, pois também é possível constatar, em diversas pesquisas (Spink, Bernardes & Menegon, 2006; Hoenisch (2004); Oliveira et al., 2004, 2005; Dimenstein, 2000, 2001; Pombo de Barros & Marsden, 2008) com psicólogos que trabalham nos serviços de Saúde Pública, que os dados mostram a preponderância do “atendimento individualizante”.

Cabe ressaltar, como propósito deste trabalho: proporcionar espaço ao conhecimento das práticas, de modo a saber como se dão e em quais contextos; bem como dar visibilidade às experiências não conhecidas por não serem vistas; e, por fim, problematizá-las a partir da pesquisa científica/acadêmica para contribuir nas discussões acerca do papel da Psicologia na Saúde Pública.

Destaco ainda que, a respeito da multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, as presenciei não apenas no campo das práticas e dos relatos, mas também ao buscar teorias que fundamentassem os capítulos e o método, me deparando assim, a princípio, com um universo estranho, de difícil entendimento, mas também instigador, possibilitando visitar outros campos de conhecimento e não somente o de minha formação inicial.

Deste modo, podemos dizer que essa pesquisa é fruto do encontro que tive ainda enquanto estudante com o campo da Saúde, o qual suscitou a formulação de questões, instaurando assim, a passagem de estudante à pesquisadora.

Durante estes anos de pesquisa, participei novamente de um projeto de extensão, dessa vez em uma comunidade quilombola e enquanto psicóloga da equipe e não mais estudante. Esta experiência propiciou outros questionamentos: o quanto nestes projetos é preciso construir junto com a população, a partir do que eles querem, e se querem, respeitando o

direito do “não”, “não ao atendimento”, sim ao convívio, sem que os profissionais de Saúde se identifiquem no papel de “colonizadores”, ditando modos de conduta para culturas tão distantes. A discussão em equipe foi essencial para essa reflexão sobre o trabalho.

Por fim, a pesquisa hoje apresentada pode, por vezes, encobrir os percalços do percurso da vivência de um estudante/pesquisador de pós-graduação pela vida acadêmica. Assim, da mesma forma que as atuações dos psicólogos podem suscitar um "além do gabinete", a pós-graduação também deve ou, em alguns casos, deveria ser um "além da pesquisa finalizada". Um estar no mundo acadêmico por meio de participações nas decisões, as quais, se forem tomadas sem cautela, poderão mudar radicalmente os rumos de uma pesquisa. Um estar no mundo enquanto pesquisador e estudante de pós-graduação. Nesse sentido, acredito que sem crítica reflexiva e construtiva estaremos muito aquém do que algumas vezes, ingenuamente, criticamos e achamos serem as causas ou soluções das mazelas da Universidade e de nosso país.

1 Psicologia: prisma científico e profissional

Neste tópico aprofundaremos um ponto mencionado nas "palavras iniciais"; o desenvolvimento da Psicologia enquanto área de conhecimento (ciência), mas também como um campo de atuação, assegurando assim a profissão de psicólogo.

Para tanto, discorreremos brevemente a respeito da ciência moderna e do conceito de Saúde, seguindo com o nascimento da ciência psicológica e suas diversas escolas. Prosseguiremos então com os primeiros passos desta ciência em nosso país para, finalmente, chegarmos a sua aplicação no campo da Saúde.

1.1 O conhecimento científico e a área da Saúde

A partir dos estudos da Astronomia e da Física empreendidos por Galileu Galilei (1564-1642), começa-se a delinear outro modo de construção de conhecimento, constituído por três passos: a) observação; b) experimentação; c) indução; marcando o nascimento do que hoje chamamos de ciência moderna ocidental. Tal método distinguiu ciência de filosofia e de religião (Turato, 2003), caracterizando-se assim, a soberania do homem em relação à natureza: “a ciência moderna está baseada na suposição de que o homem é o senhor que tem o poder e o direito de colocar a natureza a seu serviço” (Figueiredo & Santi, 2000, p. 54).

Nomes importantes dessa época são René Descartes (1596-1650), Francis Bacon (1561-1626) e Auguste Comte (1798-1857), tendo sido abordada em suas obras a temática da racionalidade e as regras precisas de experimentação, o empirismo, e a valorização dos fatos por meio do positivismo, respectivamente.

Outro período que destacamos é o Iluminismo (século XVIII), conhecido como “a era da razão”, em que filósofos como David Hume (1711-1776) e Immanuel Kant (1742-1804) se sobressaíram. No entanto, no final do século XVIII, fazendo uma crítica a esta vertente racionalista do Iluminismo, se constrói o Romantismo, tendo como postulado o homem como ser “passional e sensível” (Figueiredo & Santi, 2000):

o romantismo é um momento essencial na crise do sujeito moderno pela destituição do “eu” do seu lugar privilegiado de senhor, de soberano. Por outro lado, o Romantismo traz a experiência de que o homem possui níveis de profundidade que ele mesmo, no entanto, desconhece. Paradoxalmente, portanto há uma grande valorização da individualidade (p. 36).

Entretanto, foi mais enfaticamente no século XIX que o homem deixou de ser visto de um “lugar privilegiado”, por meio da constatação de que este não tem controle das leis que determinam seu comportamento, por exemplo (Figueiredo & de Santi, 2000). Ainda referente a este período, Turato (2005) afirma que:

deve-se dar mérito a Marx e a Freud por terem propiciado importantes cortes epistemológicos para compreensões novas e profundas do ser humano, permitindo estudos científicos autônomos para as Ciências Humanas. Esses pensadores construíram escolas que, respectivamente, ergueram o véu que oculta os mecanismos da Ideologia atuante nos grupos da sociedade e tiraram a máscara que esconde os mecanismos do Inconsciente atuante no mundo psíquico dos indivíduos. Contribuíram decisivamente para a sustentação da cientificidade das Ciências Humanas, nas quais se encontra o lócus da construção metodológica da pesquisa qualitativa (p. 508).

No que diz respeito à área da Saúde, fortemente influenciada pelo método cartesiano, em que há separação absoluta entre fenômenos da natureza e do espírito e, conseqüentemente, entre o corpo e a mente, o modelo consagrado foi o biomédico. A principal característica deste modelo é a valorização dos aspectos observáveis, debruçando-se sobre o organismo doente e menosprezando aspectos psicológicos, sociais, ambientais e culturais (De Marco, 2003). Nele, a Saúde é vista como ausência de doença, e esta como presença de sintomas.

No entanto, segundo Bleger (1982), precisamos relativizar e considerar os recursos técnicos e conceituais de cada época, visto que a divisão estabelecida por Descartes, tida nos dias de hoje como um “obstáculo” entre o que pode ser “*cientificamente investigado de lo que no podia serlo*”, contribuiu consideravelmente para o progresso científico. O autor ainda pontua que, se de um lado houve progressos para as “ciências da natureza”, em que há um predomínio dos modelos “mecanicistas”; por outro, houve atrasos nas “ciências do homem”, nas quais o objeto de estudo é o próprio homem, excluído pelas “ciências da natureza” por ser considerado “subjetivo” e impossibilitado de “*llenar las exigencias del método científico*” (p.216). Apresentaremos abaixo uma tabela, segundo Turato (2008), com as diferenças entre as ciências e seus postulados, para melhor clarificação.

Tabela 1 - Classificação geral das ciências e suas principais propriedades

Divisão das Ciências	Campo Científico	Objeto de Estudo	Objetivo	Critério de Validade	Ciência Paradigmática
Formais	Mente humana e sua racionalidade	Entes ideais: número, figura geométrica	Lógica das relações dos entes abstratos	Coerência demonstrada dos Enunciados	Matemática
Naturais (empírico-formais)	Natureza	Fatos	Produto	Observação	Física
Humana	Homem, sua vida e seus símbolos	Fenômeno	Processo e significados	Visão na intersubjetividade	Antropologia

Fonte: Turato, 2008, p. 70.

A partir do exposto, podemos mencionar que as mudanças de paradigmas nas ciências levam conseqüentemente às mudanças nos conceitos; sendo assim, o conceito de Saúde também sofreu mudanças. Sua definição como ausência de doenças foi colocada a prova quando, em 1948, a Organização Mundial de Saúde (OMS) a definiu como o “estado completo de bem-estar físico, mental e social, e não somente ausência de enfermidade ou invalidez”.

Conceito este, por sua vez, criticado por Dejours (1986), dada a impossibilidade de definição e de existência deste “estado completo de bem-estar”. De acordo com este autor, é possível avançar para além dessa conceituação, por meio de três elementos: a Fisiologia (organismo em constante mudança em oposição à estabilidade), a Psicossomática (relação corpo-mente, Saúde Mental diferenciada do que vem a ser bem-estar psíquico e o desejo, inerente ao ser humano) e a Psicopatologia do Trabalho (“trabalho fundamental para a Saúde”, relação entre funcionamento psíquico e organização do trabalho). A partir disso, o autor define que “a Saúde para cada homem, mulher ou criança é ter meios de traçar um caminho pessoal e original em direção ao bem-estar físico, psíquico e social” (p.11).

colocando-nos em territórios pouco vizinhos, e que se podem aproximar mais ou menos da Fisiologia, podemos ver o que se passa a nível psíquico. Sem querer entrar em definições, vejamos a angústia, por exemplo: a angústia é penosa, é uma causa de sofrimento, pois bem a Saúde não consiste absolutamente em não se ter angústias – eis aí uma coisa que as pessoas não compreendem e que, em nosso entender, não é absolutamente clara para os médicos de hoje em dia. Aliás nunca

chegaríamos a isso. Quem não é angustiado? Compreende-se que esse é um problema absurdo, pois todo mundo é angustiado. Há porém pessoas que, embora angustiadadas, encontram-se em boa Saúde. Consequentemente, não se trata de acabar com a angústia, mas de tornar possível a luta contra ela, de tal modo se resolva, que se acalme momentaneamente, para ir em direção a outra angústia. Não é questão de aprisioná-la de uma vez por todas, pois não existem situações assim (Dejours, 1986, p. 8).

Outros autores que problematizam a definição da OMS são Canguilhem (1990) e Minayo (2008). De acordo com o primeiro, o conceito de Saúde não se restringe a definições científicas, considerando também as vivências pessoais; já a segunda, destaca uma diferenciação “entre as classes, segmentos, gênero e faixa etária, uma vez que as condições de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes, as etnias, os gêneros e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela [a Saúde]” (Minayo, 2008, p.30). Scliar (2007) também compartilha dessa ideia, ao afirmar que:

O conceito de Saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Ou seja: a Saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, dependerá de concepções científicas, religiosas, filosóficas (p. 30).

Fazemos um adendo aos “olhares” sobre a Saúde, os quais não se iniciaram por meio do método científico, o que foi destacado neste tópico. Scliar (2005, 2007) ilustra a trajetória dos diversos “olhares” até chegarmos à visão de Saúde Pública, tal como concebida nos dias de hoje, classificando este percurso da seguinte forma: “o olhar mágico”, “o olhar empírico”, “o olhar autoritário”, “o olhar científico (o olhar contábil, o olhar epidemiológico e o olhar armado)” e “o olhar social”. Todavia, não nos estenderemos nesse ponto, pois este não configura o objetivo deste trabalho.

1.2 A Ciência Psicológica e suas principais escolas: o início da fragmentação

Tendo traçado um cenário breve, mas ilustrativo para nossos fins, da constituição da ciência moderna, com o propósito de destacar a forte influência do caráter positivista no conhecimento científico e consequentemente nas ciências da Saúde e na Psicologia, destacaremos agora alguns passos iniciais da Psicologia, enquanto área de conhecimento.

Desse modo, com relação à ciência psicológica, datam da segunda metade do século XIX as primeiras tentativas para que esta se tornasse uma ciência independente, ou seja, que pudesse delimitar um campo de conhecimento próprio. Algumas dessas condições foram: a)

“uma ideia clara de experiência da subjetividade privatizada”; b) “preciso que essa experiência entrasse em crise”, c) “a crença que a liberdade e singularidade dos indivíduos são ilusórias... projetos de previsão e controle científico do comportamento individual” (Figueiredo & Santi, 2000):

os estudos psicológicos científicos começaram e se desenvolveram sempre marcados por essa contradição: por um lado, a ciência moderna pressupõe sujeitos livres e diferenciados – senhores de fato e de direito da natureza; por outro, procura conhecer e dominar essa própria subjetividade, reduzir ou mesmo eliminar as diferenças individuais, de forma a garantir a “objetividade”, ou seja, a validade intersubjetiva dos achados. Em contraposição...muitos psicólogos repudiam essa meta de conhecer para dominar os meandros da subjetividade e, afirmam, ao contrário, que o que interessa é conhecer esses aspectos profundos e poderosos do “eu” para dar-lhes a voz, para expandi-los, para fazê-los mais fortes e livres (p. 56-57).

Internacionalmente, temos como marco da inauguração da Psicologia enquanto área do conhecimento científico o nome de Wilhelm Wundt, (1832-1920), conhecido como o “fundador da Psicologia” e criador do laboratório de Leipzig na Alemanha. Sua teoria, bastante influenciada pelas ciências naturais, se baseou na experimentação, tendo como objeto de estudo a consciência, e como método de investigação a introspecção (Schultz & Schultz, 1992a).

No entanto, em determinado momento, Edward Braford Titchener (1867-1927), um dos seguidores de Wundt, se opõe ao mestre, inaugurando outra corrente de pensamento na Psicologia, intitulada “estruturalismo”, tida como a “primeira escola americana [estadunidense] de pensamento no campo da Psicologia”. O objeto de estudo passou da consciência para a experiência consciente: “experiência enquanto dependente das pessoas que passam por ela”, utilizando-se também da introspecção como método (Schultz & Schultz, 1992b).

Posteriormente, outra corrente se posicionou contrária às ideias de Wundt e Titchener, e sob influência da teoria da evolução de Charles Darwin (1809-1882) e de Francis Galton (1822-1911), com estudos sobre “os problemas de herança mental e as diferenças individuais na capacidade humana”, surge a Psicologia Funcionalista, considerada como “o primeiro sistema exclusivamente americano [estadunidense] de Psicologia”, cujo interesse versava sobre o funcionamento da mente ou como esta adapta o “organismo ao seu ambiente”, ou seja, “a operação dos processos conscientes, e não a estrutura ou o conteúdo da consciência”. Nomes de destaques são os de William James (1842-1910) e Jonh Dewey (1859-1952) (Schultz & Schultz, 1992c, 1992d).

Em sequência, podemos citar a escola behaviorista, nascida nos Estados Unidos e tendo como precursor Jonh B. Watson (1878-1958). Nesta, considera-se legítimo apenas os aspectos passíveis de observação e sua descrição objetiva, o que mais uma vez demonstra a aproximação com as ciências naturais. Como objeto de estudo, tem-se inicialmente os “elementos do comportamento”, o que corresponde aos “movimentos musculares do corpo e as secreções glandulares”. O nome de Burrhus Frederic Skinner (1904-1990) se destaca como um dos mais importantes no campo da Psicologia, por meio de temáticas como a de comportamento operante e esquemas de reforço (Schultz & Schultz, 1992e).

Passaremos agora à Psicologia da *Gestalt*, a qual ganhou cena na Alemanha por meio de alguns pensadores, entre eles, Max Wertheimer (1880-1943), Kurt Koffka (1886-1941) e Wolfgang Kohler (1887-1967). Seu enfoque se deu na experiência consciente, influenciada pela Fenomenologia (Schultz & Schultz, 1992f).

Por fim, falaremos da Psicanálise, que sem dúvida provocou uma diferença significativa não apenas na Psicologia, mas no pensamento moderno ocidental, por meio da premissa do inconsciente, postulada por Sigmund Freud (1856-1939), de que o homem não é o “agente racional da própria vida”, sendo possuidor de desejos (de cunho sexual) que ele mesmo desconhece (Schultz & Schultz, 1992g). Outros psicanalistas importantes são: Melaine Klein (1882-1960), Donald Woods Winnicott (1896-1971), Wilfred Bion (1897-1979) e Jacques Lacan (1901-1981). A popularidade da Psicanálise foi tanta, que suas temáticas, tais como a sexualidade infantil, o incesto e o Complexo de Édipo se fazem ainda presentes não apenas no meio acadêmico, mas no dia a dia das pessoas.

Destas escolas, Bleger (1984) pontua o destaque e a divisão que se tornou clássica em Psicologia entre a área “experimental e clínica”, fazendo uma crítica da exclusão veiculada entre essas duas, conforme citado abaixo:

a Psicologia se divide, tradicionalmente, em experimental e clínica e estes dois aspectos se apresentam com muita frequência como contraditórios e excludentes... a Psicologia Experimental e a Psicologia Clínica constituem uma só Psicologia e o trabalho com o método clínico é uma parte fundamental da Psicologia, dentro do qual o método experimental constitui um momento da totalidade da investigação com o método clínico (p. 119).

A fim de ilustrarmos a diversidade de escolas de Psicologia apresentada acima, mostraremos uma tabela realizada por Bleger (1982).

Tabela 2 - As escolas de Psicologia e seus principais postulados (Parte 1)

Escuelas	Estructuralista	Funcionalista	Gestalt	Behaviorismo
Objeto de Estudio	Conciencia	Conciencia y conducta	Conciencia	Comportamiento
Temas Principales	Sensación	Adaptación, Learnig	Percepción y Memoria	Comportamiento
Método	Introspección y Experimental	Introspección y Observación	Introspección y Observación	Experimental
Encuadre	Atomista	Totalista	Totalista	Elementalista
Nível de Integración	Biológico	Biológico	Biológico y Psicológico	Biológico
Áreas	Mente	Mente y Mundo Exterior	Mente	Cuerpo y Mundo Exterior
Año de Comienzo (aproximado)	1879	1896	1912	1913
Autores	Wund Titchener	Dewey, Woodworth	Wertheimer Koehler Koffka	Watson

Fonte: Bleger, 1982, p. 267.

Tabela 3 - As escolas de Psicologia e seus principais postulados (Parte 2)

<i>Escuelas</i>	<i>Psicoanálisis</i>	<i>Topología</i>	<i>Reflexología</i>
<i>Objeto de Estudio</i>	<i>Inconsciente</i>	<i>Comportamiento</i>	<i>Comportamiento</i>
<i>Temas Principales</i>	<i>Neurosis</i>	<i>Psicología Social</i>	<i>Condicionamento</i>
<i>Método</i>	<i>Método clínico: libre</i>	<i>Experimental</i>	<i>Experimental</i>
<i>Encuadre</i>	<i>Elementalista</i>	<i>Totalista</i>	<i>Elementalista</i>
<i>Nível de Integración</i>	<i>Biológico y Psicológico</i>	<i>Físio y Fisiológico</i>	<i>Biológico</i>
<i>Áreas</i>	<i>Mente</i>	<i>Cuerpo y Mundo Exterior</i>	<i>Cuerpo y Mundo Exterior</i>
<i>Año de Comienzo (aproximado)</i>	<i>1892</i>	<i>1912</i>	<i>1902</i>
<i>Autores</i>	<i>Freud</i>	<i>Lewin</i>	<i>Pavlov</i>

Fonte: Bleger, 1982, p. 267.

Bleger (1982) discorre a respeito desta variedade de “escolas e sub-escolas, métodos e técnicas, correntes e ideologias”, que se fazem presentes no campo da Psicologia, “isoladas” e “contrapostas” entre si:

las corrientes o escuelas psicológicas nos son presentadas exclusivamente como contradictorias, insistiendo solo en los aspectos en que lãs mismas se oponem; pero falta, sin duda, considerar que la contradicción no excluye la unidad y que tampoco es, por sí misma, un índice decisivo de incompatibilidad (p. 263).

Contudo, este autor vê essa crise de escolas e métodos, com sua consequente fragmentação e dispersão, como uma “crise de desenvolvimento”, considerando-a positiva e promissora:

la superación de los esquemas escolásticos no reside en escoger uno de los términos del conflicto, sino en admitir el conflicto como carácter fundamental de todo proceso, en reconstruir la unidad del proceso. La síntesis dialéctica implica conceder un lugar preponderante a la interacción de los contrarios (p.26).

No ano de 1984, Bleger sequencia brevemente em etapas o desenvolvimento da Psicologia, o qual será exposto abaixo:

a) estudo de partes abstratas e abstraídas do ser humano (atenção, memória, juízo etc); b) estudo do ser humano como totalidade, mas abstraído do contexto social (sistemas mecanicistas, energetistas, organicistas etc); c) estudo do ser humano como totalidade nas situações concretas e em seus vínculos interpessoais (presentes e passados). A partir deste terceiro enfoque conceitual e metodológico, o desenvolvimento cumpriu-se, ampliando os âmbitos em forma progressiva: a) âmbito psicossocial (indivíduos), b) âmbito sociodinâmico (grupos), c) âmbito institucional (instituições) e âmbito comunitário (comunidades) (p. 33-34).

No entanto, a discussão a respeito do objeto sobre o qual a Psicologia se debruça continua viva. Em nosso trabalho, nos posicionaremos a partir das reflexões de Bleger (1982), na qual o autor define como objeto de estudo da Psicologia os “seres humanos reais e concretos”, considerando o homem vinculado às “características culturais e sociais de cada época”, ou seja, este conceito de homem é contrário ao de “natural”, em favor ao de “produto histórico”, diferenciando-o assim dos demais, por sua natureza “humana”:

los fenómenos psicológicos guardan una necesaria dependencia y relativa independencia (toda independencia es siempre relativa) de las condiciones materiales en las cuales el ser humano desarrolla su vida, u entre ambos no hay una relación directa y lineal de causa a efecto, ni tampoco una relación unidireccional (p. 256).

O autor problematiza ainda se a Psicologia é uma ciência ou se há muitas Psicologias e cada uma delas corresponde a uma ciência em si, considerando a “fragmentação” e “dispersão” do conhecimento psicológico. No entanto, ressalta que tal “divisão esquizoide” faz-se presente não apenas na Psicologia, mas também em todas as disciplinas científicas.

Ao discutirem as especialidades médicas, Campos, Chakour e Santos (1997) realizam uma divisão entre campos de competência e núcleos de competência, sendo que no campo se “incluiria os principais saberes da especialidade-raiz e que, portanto, teria um espaço de sobreposição de exercício profissional com outras especialidades”, não se caracterizando como um “monopólio profissional da especialidade” e sim como “um campo de intersecção com outras áreas”. Já o núcleo seria o “mais específico”, o qual “incluiria as atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando, portanto, a sua existência como uma nova área”. Ainda segundo o autor “o campo de competência teria limites e contornos menos precisos e o núcleo, ao contrário, teria definições as mais delineadas possíveis”.

com a criação destas duas lógicas de critérios, uma mais flexível e outra mais rígida, pretende-se assegurar tanto a necessária existência de especialidades, quanto a conservação da capacidade resolutive das chamadas especialidades gerais ou especialidades-raízes. Senão, com o tempo, elas seriam expropriadas de toda capacidade resolutive (p.143-144).

Outra discussão inserida por Bleger (1982) dirige-se ao fato de que os conflitos psicólogos assim o são não por que aparecem na mente e sim porque é um conflito de um ser humano. Deste modo, considera que as áreas do corpo e do mundo externo não são exteriorizações de um fenômeno interno, sendo consideradas condutas, independente da área em que ocorrem, possuidoras sempre de caráter psicológico, de maneira que as manifestações internas ou externas tenham o mesmo valor. No que diz ao nível psicológico, a conduta estaria relacionada às motivações, funções ou finalidade, objeto ou fim, significado e estrutura, sem uma supremacia dos fenômenos psicológicos em detrimento a outros: *“em cualquier área en que se manifieste, la conducta es siempre un fenómeno psicológico tanto como social,*

biológico y fisicoquímico al mismo tiempo” (p. 80):

el cuerpo humano no es el cuerpo animal, sino que está siempre funcionando y está siempre estructurado en un contexto social y en experiencias definidas con la realidad social, de tal manera que el cuerpo humano es siempre también psicológico en todas sus manifestaciones, y ello ocurre originariamente y no porque el fenómeno mental se haya ‘convertido’ misteriosamente en fenómeno corporal (p. 301).

O autor complementa ainda, considerando a relação da Psicologia com outras ciências: *“el materialismo dialéctico aplicado a la Psicología admite los fenómenos psicológicos como reales, pero dependiendo genéticamente de otros fenómenos materiales y básicamente de la estructura económica de la sociedad” (Bleger, 1982, p. 256).* Deste modo, a Psicologia pode ser definida como o estudo do: *“significado humano de las experiencias humanas, relacionadas siempre indedectiblemente con una vida de relación con otros seres humanos en determinadas organizaciones y actividades de la realidad concreta en que se sucede y desarrolla la vida de los seres humanos” (p. 301).*

Bleger (1984) destaca ainda o que o “campo privativo do psicólogo” destina-se ao “nível psicológico dos fenômenos humanos, com métodos e técnicas precedentes do campo da Psicologia e da Psicologia Social” (p. 26). Entretanto, o autor faz uma crítica à separação posta por algumas “ciências e atividades profissionais”, alegando que estas fazem parte de um “processo total de investigação”, dinamizando assim a relação entre ciência e prática profissional:

a divisão que se realiza entre Psicologia Pura e Psicologia Aplicada é também inoportuna e, além disso, errônea, porque a Psicologia chamada Aplicada é a Psicologia, é uma práxis com dois momentos, um teórico e outro prático, mas que são inseparáveis entre si (p.119).

Deste modo, podemos considerar a relação dialética existente entre a Psicologia enquanto área de conhecimento e enquanto campo de atuação, e não uma separação entre a acadêmica e prática profissional.

1.3 Caminhos da Psicologia no Brasil: construção da área Clínica

Trataremos agora de discorrer sobre a institucionalização da Psicologia no Brasil. Dimenstein (2000) refere-se a “quatro elementos básicos” que “compõem o que chamam de

“profissionalismo”, que são: “o processo de inserção histórica de cada profissão no mercado de trabalho; a formalização de um campo de saber e práticas através de legislações profissionais (mandato social); a institucionalização de organizações corporativas e a cultura profissional” (p.100-101).

Esch e Jacó-Vilela (2001) citam dois nomes que marcaram presença “nas tentativas de instalação oficial da Psicologia”, antes mesmo da regulamentação da profissão, os quais são: Wacław Radecki (1887-1953) e Mira y Lópes (1986-1964).

Data o período da República Velha (1889-1930), quando Radecki, proveniente da Polônia, onde já se havia instituído a Psicologia, inicia sua primeira tentativa, a saber: “uso de testes psicológicos para exame de doentes mentais e crianças”, tendo como locais privilegiados as instituições médicas e as educacionais. Em 1920, são expostos motivos para a criação de um “Laboratório de Psicologia na colônia de Psicopatas de Engenho de Dentro”, mostrando uma “certa demanda de profissionalização da Psicologia”. A atuação dirigia-se às instituições médicas e o psicólogo era visto como um “colaborador do médico”. Contudo, somente em 1923, Radecki inicia seu trabalho nesta colônia com a criação e direção do “Laboratório de Psicologia Experimental”. No ano de 1930, chegou a elaborar um projeto para “transformar o laboratório em Instituto”, fato que ocorreu em 1933, todavia com duração de apenas sete meses (Esch & Jacó-Vilela, 2001).

Outro nome que destacamos remete-nos ao final da década de 40, em que a “era de industrialização” possibilitou a aproximação da Psicologia às áreas da educação e do trabalho, por meio de questões referentes às “aptidões quanto ao aprimoramento técnico do indivíduo”, ligadas à “produção de capital”. Mira y Lopes, fundador e diretor do Instituto de Seleção e Orientação Profissional da Fundação Getúlio Vargas (ISOP/FVG), foi quem propiciou a alavancada dos “psicotécnicos” e posteriormente, buscou meios de “oficializar a prática profissional do psicotécnico e instituir o curso de Psicologia”, o que resultou em 1953 na criação do primeiro curso de Psicologia na PUC do Rio de Janeiro (Esch & Jacó-Vilela, 2001).

A discussão a respeito da normatização da profissão abordava, na época, questões referentes a formação de um “psicologista plurivalente” ou “segmentar a identidade... por diversas áreas de atuação” sendo que alguns projetos e anteprojetos foram elaborados por grupos distintos até a regulamentação propriamente dita (Esch & Jacó-Vilela, 2001). Merece destaque o trecho de um desses projetos: “a modalidade “aplicação” não permitiria a atuação da Psicologia na área clínica, a não ser na condição de assistente do técnico, sob a supervisão

do médico devidamente especializado” (p.20), mostrando assim o início da soberania do médico em relação ao psicólogo.

As autoras reforçam ainda que havia na época uma preocupação em assegurar uma formação científica a partir do modelo positivista de ciência. Com isso, pontuam inúmeras divergências, dentre as quais selecionamos: “ser humano como ‘atomizado, fragmentado em diferentes processos’ e a ‘prática’ como “mera aplicação técnica das teorias” (p.21).

Contudo, somente na década de 60 (século XX), a profissão de psicólogo se regulamentou, sendo exclusivo a esse profissional: “a utilização de métodos e técnicas psicológicas com os seguintes objetivos: a) diagnóstico psicológico; b) orientação e seleção profissional; c) orientação psicopedagógica e; d) solução de problemas de ajustamento” (Lei número 4.119 de 27 de agosto de 1962)

Apoiadas neste documento, tradicionalmente foram constituídas quatro áreas de atuação do psicólogo no Brasil: a clínica, a escolar, a industrial e o magistério, fazendo com que a ênfase das atividades desse profissional se centralizasse, nas décadas seguintes, no trabalho autônomo, clínico, individual, curativo e voltado para uma clientela financeiramente privilegiada no acesso (R.Silva, 1992; Dimenstein, 1998).

Dentro dessas quatro áreas, a Psicologia Clínica, em especial, a psicoterapia, se destacou no mercado de trabalho. Segundo Féres-Carneiro e Lo Bianco (2003), o motivo se deu decorrente da disputa que havia se estabelecido entre os médicos e psicólogos, na qual se buscava a “exclusividade do tratamento psicoterápico”. Como resultado do ganho dessa disputa, os psicólogos encontraram na psicoterapia “uma das identidades mais fortes de sua prática”.

Outro meio de se visualizar a regulamentação da Psicologia corresponde aos órgãos representativos. Nesse sentido, data de 1971 a criação do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e dos Conselhos Regionais de Psicologia (CRP's) por meio da Lei número 5.766 de 20 de dezembro de 1971:

Art. 1º - Ficam criados o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia, dotados de personalidade jurídica de direito público, autonomia administrativa e financeira, constituindo, em seu conjunto, uma autarquia, destinados a orientar, disciplinar e fiscalizar o exercício da profissão de Psicólogo e zelar pela fiel observância dos princípios de ética e disciplina de classe (Lei número 5.766 de 20 de dezembro de 1971).

Tendo mostrado a diversidade de escolas de pensamento da Psicologia no tópico anterior, ilustraremos abaixo a expansão de faculdades e universidades de Psicologia em nosso país, considerando que a maior concentração destas se encontra no estado de São Paulo.

Gráfico 1 - Cursos de Graduação em Psicologia no Brasil por Estado. Fonte: www.abepsi.org.br/web/cursodegraduação.aspx. Consultado em 02.06.2006.

Contudo, vemos que a Psicologia Clínica ainda prevalece em relação às demais áreas. Como exemplo, apresentaremos um gráfico com os cursos de especialização presentes em nosso país, e no qual este predomínio é visível.

Gráfico 2 - Cursos de Especialização Credenciados pelo CFP. Fonte: www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/servicos/servicosdocumentos/cursos_especialistas_20100408.pdf. Consultado em 02.06.2009.

Em relação aos cursos de especialização no estado de São Paulo, a área de Psicologia Hospitalar é a que mais se destaca, posterior à Psicologia Clínica, a qual já expusemos acima que mantém um lugar privilegiado entre as demais.

Gráfico 3 - Cursos de Especialização Credenciados pelo CFP no Estado de São Paulo. Fonte: [HTTP://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/servicos/servicosdocumentos/cursos_especialistas_20100408.pdf](http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/servicos/servicosdocumentos/cursos_especialistas_20100408.pdf). Consultado em 02.06.2019.

Temos acima uma breve passagem dos primeiros passos da institucionalização da Psicologia em nosso país. Cabe agora discutirmos os avanços que tivemos e como esta tem se apresentado e contribuído para o campo da Saúde, sendo que a partir de 1997 o psicólogo passou a ser considerado um profissional da Saúde e sua participação em instituições públicas de Saúde tem aumentado consideravelmente.

1.4 Psicologia e Saúde: aproximação por meio da Psicologia Clínica

Neste tópico direcionaremos nossa atenção para a relação entre a área da Psicologia Clínica, com a Psicologia e Saúde, considerando que, segundo Bucher (2003), a ênfase na Saúde se deu primeiramente no contexto da Psicologia Clínica, fortemente influenciada pela Psicanálise.

O foco inicial da Psicologia Clínica foi o indivíduo e o intrapsíquico, no entanto, este se tornou “alvo de críticas”, redirecionando na década de 70 o “perfil da Psicologia Clínica”, que passou a considerar o contexto mais amplo, modificando tanto os “modos de atendimento”, como os locais. Deste modo, as atividades profissionais, antes restritas aos consultórios privados, passaram a ocorrer também em “instituições de Saúde, hospitais, postos de Saúde ou unidades de cuidados primários de atendimento” (Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2003).

a Psicologia Clínica, nascida da preocupação de atuar em favor da Saúde Mental dos indivíduos e, posteriormente dos grupos, guarda uma relação bem íntima com a Saúde, procurando, por conta disso, não limitar sua atuação aos consultórios, mas alcançar com sua prática outros campos de atuação (Bucher, 2003, p.223).

Ainda sobre a prática psicoterápica individual, destacamos:

consideramos a prática psicoterápica individual fundamental e, sem dúvida, um dos pilares da Psicologia. Entretanto, é indispensável que sua indicação seja correta...questionamos o uso indiscriminado de tal modalidade de intervenção em determinados setores ou contextos em que existem outros tipos de intervenção mais condizentes com as necessidades dos indivíduos (Castro & Bornholdt, 2004, p.57).

Considerando esta mudança de “perfil da Psicologia Clínica”, conforme exposto acima, as autoras Féres-Carneiro & Lo Bianco (2003), destacam o papel que o “contexto social” passou a exercer:

contexto social que se refere a algo que é constitutivo do sujeito que busca o atendimento psicológico e não algo que apenas o influencia. Essa consideração do contexto social surge, sobretudo, entre os profissionais envolvidos na busca de soluções para as questões político-sociais relacionadas às condições de vida das camadas menos privilegiadas da população (p.106).

Vemos no excerto acima um avanço no modo de se pensar o sujeito, mas também que a prática do psicólogo remete-se ainda ao “atendimento psicológico”. Segundo Bleger (1984), o psicólogo deve extrapolar os muros do consultório e trabalhar não apenas em condições que impliquem doença, enfatizando assim a questão da Promoção de Saúde com foco no preventivo, anterior ao curativo, e uma passagem do trabalho individual para o coletivo. A partir desse pressuposto é possível que o psicólogo atue no campo da Saúde, a partir de trabalhos individuais, de grupo e também em equipes multidisciplinares.

Com isso, consideramos importante fazermos uma diferenciação entre Psicologia Clínica e atendimento individual, uma vez que a “clínica” está diluída por toda a formação, e se constitui muito mais em uma base técnica e teórica do que em um espaço de atuação (Oliveira et al., 2004, p.79). R.Silva (1992) chama a atenção para a “confusão conceitual sobre a atuação clínica”, e argumenta que essa confusão pode fazer com que se mantenha o mesmo modelo de atuação nos diferentes níveis de atenção: “a atuação psicoterápica que é apenas um dos braços da clínica é muitas vezes vivenciada, pelos profissionais da área, como sinônimo dela” (p. 31).

Deste modo, no que se refere às mudanças no interior da Psicologia, Bleger (1984) ressalta que a mudança “de enfoques individuais aos sociais” deve ocorrer em dois níveis: “reforma dos modelos conceituais e ampliação do âmbito de trabalho”:

quando falo de modelos da Psicologia individual, refiro-me ao fato de que os mesmos caracterizam-se fundamentalmente por partir do indivíduo isolado para explicar as agrupações humanas e aplicam a estas últimas as categorias observáveis e conceituais que correspondem ou utilizaram para o indivíduo isolado (organismo; homeostase; libido) e, desta maneira, explicam-se os grupos, as instituições e a comunidade, pelas características do indivíduo. Quando me refiro aos modelos da Psicologia Social tenho em conta o fato de utilizar categorias adequadas ao caráter dos fenômenos das agrupações humanas (comunicação, interação, identificação etc) que, em grande parte, têm que ser ainda descobertos e criados (p. 35).

Em documento redigido pelo CFP (1992) destinado ao Ministério do Trabalho, referente às “atribuições profissionais do psicólogo no Brasil”, são listadas nove especialidades para o psicólogo, a saber: a) Psicólogo Clínico; b) Psicólogo do Trabalho; c) Psicólogo do Trânsito; d) Psicólogo Educacional; e) Psicólogo Jurídico; f) Psicólogo do Esporte; g) Psicólogo Social; h) Professor de Psicologia (Ensino Médio); e i) Professor de Psicologia (Ensino Superior). Notamos que as atividades direcionadas ao campo da Saúde

estão em parte relacionadas ao Psicólogo Clínico:

atua na área específica da Saúde, colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional em instituições formais e informais. Realiza pesquisa, diagnóstico, acompanhamento psicológico, e intervenção psicoterápica individual ou em grupo, através de diferentes abordagens teóricas (1992, p.1).

Tendo em vista isso, apresentaremos abaixo uma tabela em relação às atividades atribuídas ao Psicólogo Clínico a fim de relacioná-las à área da Saúde.

Tabela 4 - Atividades pertinentes ao Psicólogo Clínico

Psicólogo Clínico	Atividades
1	Realiza avaliação e diagnóstico psicológicos de entrevistas, observação, testes e dinâmica de grupo, com vistas à prevenção e tratamento de problemas psíquicos.
2	Realiza atendimento psicoterapêutico individual ou em grupo, adequado às diversas faixas etárias, em instituições de prestação de serviços de saúde, em consultórios particulares e em instituições formais e informais.
3	Realiza atendimento familiar e/ou de casal para orientação ou acompanhamento psicoterapêutico.
4	Realiza atendimento a crianças com problemas emocionais, psicomotores e psicopedagógico.
5	Acompanha psicologicamente gestantes durante a gravidez, parto e puerpério, procurando integrar suas vivências emocionais e corporais, bem como incluir o parceiro, como apoio necessário em todo este processo.
6	Prepara o paciente para entrada, permanência e alta hospitalar, inclusive em hospitais psiquiátricos.
7	Trabalha em situações de agravamento físico e emocional, inclusive no período terminal, participando das decisões com relação à conduta a ser adotada pela equipe, como: internações, intervenções cirúrgicas, exames e altas hospitalares.
8	Participa da elaboração de programas de pesquisa sobre a saúde mental da população, bem como sobre a adequação das estratégias diagnósticas e terapêuticas à realidade psicossocial da clientela.
9	Cria, coordena e acompanha, individualmente ou em equipe multiprofissional, tecnologias próprias ao treinamento em saúde, particularmente em saúde mental, com o objetivo de qualificar o desempenho de várias equipes.
10	Participa e acompanha a elaboração de programas educativos e de treinamento em saúde mental, a nível de atenção primária, em instituições formais e informais como: creches, asilos, sindicatos, associações, instituições de menores, penitenciárias, entidades religiosas etc
11	Colabora, em equipe multiprofissional, no planejamento das políticas de

	saúde, em nível de macro e microssistemas.
12	Coordena e supervisiona as atividades de Psicologia em instituições e estabelecimentos de ensino e/ou de estágio, que incluam o tratamento psicológico em suas atividades.
13	Realiza pesquisas visando a construção e a ampliação do conhecimento teórico e aplicado, no campo da saúde mental.
14	Atua junto à equipe multiprofissionais no sentido de levá-las a identificar e compreender os fatores emocionais que intervêm na saúde geral do indivíduo, em unidades básicas, ambulatórios de especialidades, hospitais gerais, prontos-socorros e demais instituições.
15	Atua como facilitador no processo de integração e adaptação do indivíduo à Instituição. Orientação e acompanhamento à clientela, familiares, técnicos e demais agentes que participam, diretamente ou indiretamente dos atendimentos.
16	Participa dos planejamentos e realiza atividades culturais, terapêuticas e de lazer com o objetivo de propiciar a reinserção social da clientela egressa de instituições.
17	Participa de programas de atenção primária em Centros e Postos de Saúde ou na comunidade; organizando grupos específicos, visando a prevenção de doenças ou do agravamento de fatores emocionais que comprometam o espaço psicológico.
18	Realiza triagem e encaminhamentos para recursos da comunidade, sempre que necessário.
19	Participa da elaboração, execução e análise da Instituição, realizando programas, projetos e planos de atendimentos, em equipes multiprofissionais, com o objetivo de detectar necessidades, perceber limitações, desenvolver potencialidades do pessoal envolvido no trabalho da Instituição, tanto nas atividades fim, quanto nas atividades meio.

Fonte: CFP, 1992, p.2-3.

Vemos que das 19 atividades listadas, em 12 aparecerem atividades relacionadas diretamente ao campo da Saúde, o que ilustra a aproximação, citada anteriormente, entre Psicologia Clínica e Saúde.

Como marco histórico, na década de 70, no âmbito internacional, temos o início da “Psicologia da Saúde”, em que se passou a valorizar os fenômenos sociais no processo saúde-doença e a ênfase dada à atenção primária (Matarazzo, 1980).

Historicamente, a *American Psychological Association (APA)* foi a primeira associação de psicólogos a criar um grupo de trabalho na área da Saúde em 1970. Em, 1979, foi criada a divisão 38, chamada *Health Psychology*, cujos objetivos básicos são avançar no estudo da Psicologia como disciplina que compreende a Saúde e a doença através da pesquisa e encorajar a integração da informação biomédica com o conhecimento psicológico, fomentando e difundindo a área. A APA publica, desde 1982, a revista *Health Psychology*, a primeira oficial da área (Castro & Bornholdt, 2004, p. 50).

De acordo com Spink (1992) a Psicologia da Saúde surge como novo campo de saber, diferenciando-se da Psicologia Clínica tradicional, esta última fortemente marcada pelo trabalho individual, que acaba por desconsiderar as relações concretas e históricas. A autora enumera três dimensões que podem servir de ferramentas na compreensão do processo saúde-doença:

1- a compreensão da doença como fenômeno coletivo: privilegiando o discurso de uma dada sociedade sobre as enfermidades e os enfermos; 2- a construção do saber leigo: os modelos explicativos que embasam as diferentes interpretações das doenças e a busca de alternativas terapêuticas; 3- a interface entre o saber oficial e a representação da doença prevalente em determinadas épocas e/ou grupos (p.20).

Contudo, autores como Traverso-Yépez (2001) e Roso (2007) questionam os avanços práticos da Psicologia da Saúde, dizendo que esta mantém os padrões reducionistas e individualizantes, “embora todos demonstrem vontade de que a Psicologia da Saúde seja uma prática verdadeiramente emancipadora, ainda continuamos presos em modelos que priorizam a modificação de comportamento, mesmo quando trabalhamos sob o prisma da prevenção” (Roso, 2007, p. 80-81).

na prática, a Psicologia da Saúde tem continuado a privilegiar a etiologia biológica, a divisão/interação corpo-mente-ambiente, em lugar de uma visão integrada do indivíduo e o uso de variáveis psicológicas em sofisticadas, mas reducionistas, análises estatísticas (Traverso-Yépez, 2001, p.52).

Spink (2007) diferencia a Psicologia da Saúde com a Psicologia Social da Saúde, uma vez que de acordo com a autora, o psicólogo que trabalha por esta última vertente tem como característica uma postura crítica, sendo “pesquisador” e “um profissional que não foge da complexidade e transita dos microprocessos de produção de sentido às questões institucionais e políticas” (p.382).

L.Silva (2005) faz ainda um apontamento referente ao papel do sujeito no atual contexto, em que sua responsabilidade pelo adoecimento se vê aumentada, ao mesmo tempo em que diminui sua contribuição na sinalização de seu sofrimento, conforme exposto abaixo:

estaria havendo um novo deslocamento do lugar do sujeito em que seu poder de indicar seu sofrimento diminui, uma vez que este poderá ser previsto a partir do mapeamento de seus genes, enquanto sua responsabilidade por seu adoecimento aumenta, quando cada vez mais é levado a crer que as doenças que adquire dependem em grande parte de sua subjetividade (p.87).

A partir dessa perspectiva, a autora pontua que à Psicologia na Saúde cabe seguir dois caminhos opostos, um deles refere-se à “resgatar para o sujeito o lugar na clínica”, dando-lhe voz para que diga sobre seu sofrimento, enquanto o outro seria o de exercer o papel de “coadjuvante nas práticas disciplinares da sociedade de controle”, contribuindo para a instauração de um sentimento cada vez maior, nos indivíduos, a respeito de sua responsabilidade sobre sua doença e “consequentemente, pela manutenção de sua Saúde”.

No que se refere à institucionalização da “Psicologia da Saúde” na América Latina, Cuba foi o primeiro país a subsidiar, no ano de 1984, um encontro sobre Psicologia da Saúde na América Latina, o qual impulsionou a criação da Associação Latino-Americana de Psicologia da Saúde (ALAPSA). Alguns países pertencentes a essa associação, possuem sua própria Associação de Psicologia da Saúde em seus países de origem, dentre eles, Colômbia, Cuba, México, Venezuela e Brasil (Castro & Bornholdt, 2004). No que se refere ao Brasil, a Associação Brasileira de Psicologia da Saúde (ABPSA) foi fundada em 2006:

A Psicologia da Saúde na América Latina teve um rápido crescimento em recursos humanos, mas uma insuficiente incorporação dos psicólogos nos setores Saúde. Apesar disso, essa área é a que mais absorveu psicólogos nos últimos 15 anos, no Brasil e em outros países latino-americanos, principalmente na Argentina, mas a produção científica continua escassa (p. 51).

Apresentaremos na tabela seguinte algumas associações internacionais e nacionais de Psicologia da Saúde para fins de conhecimento.

Tabela 5 – Principais Associações Internacionais e Nacionais de Psicologia da Saúde

ASSOCIAÇÃO	LOCAL	FUNDAÇÃO	OBJETIVOS
<i>American Psychological Association (APA)</i>	Estados Unidos	1970/79- Divisão 38 “ <i>Health Psychology</i> ”	Avançar no estudo da Psicologia como disciplina que compreende a saúde e a doença através da pesquisa e encorajar a integração da informação biomédica com o conhecimento psicológico, fomentando e difundindo a área.
<i>European Health Psychology Society (EHPS)</i>	Europa	1986	Visa promover a pesquisa teórica e empírica e suas aplicações. Cada país- membro possui sua Associação de Psicologia da Saúde
<i>Asociación Latinoamericana de Psicología de la Salud-ALAPSA</i>	América Latina	1993	Intercâmbio de informações, trabalhos e experiências entre os Psicólogos da Saúde da América Latina; - Divulgar e Fomentar o intercâmbio de profissionais entre os diversos Países e Instituições para o aperfeiçoamento profissional; Criar uma rede internacional de comunicação e apoio à pesquisa científica na área; - Promover Reuniões Científicas

Associação Brasileira de Psicologia da Saúde- ABPSA	Brasil	2006	e Eventos na Área para o encontro e congressamento dos seus membros; - Fornecer apoio institucional e contribuir na divulgação de Eventos e Associações que desenvolvam atividades voltadas ao tema Psicologia da Saúde; - Edição periódica do " <i>Boletim Latinoamericano de Psicologia de la Salud</i> ", abrindo seu espaço para a publicação de artigos dos colegas da América Latina. Promover a produção e divulgar o conhecimento científico e tecnológico na área da Psicologia da Saúde
Associação Latino-Americana de Psicologia da Saúde e Hospitalar- ALAPSA BRASIL	Brasil	2006	Reunir os psicólogos e profissionais de saúde brasileiros que desenvolvem suas atividades profissionais no âmbito da saúde, em nível da assistência, ensino e pesquisa.

Fontes: <http://www.sp-ps.com/Default.aspx?tabid=107>; <http://www.abpsa.com.br/>; <http://www.alapsabrazil.com.br/>; <http://www.alapsa.org/v2/web/?lang=es> (19.04.2010); Castro & Bornholdt (2004); <http://www.alapsa.org/v2/web/spip.php?article6&lang=es>.

Tendo desenvolvido as questões concernentes à Psicologia, passaremos a discutir a articulação entre esta e o campo da Saúde Pública.

2 As interfaces entre a Psicologia e a Saúde Pública

Neste tópico direcionamos nossa atenção para como os psicólogos passaram a exercer sua prática profissional no campo da Saúde, considerando o caráter ao mesmo tempo pluralista e fragmentado desta ciência, conforme discutido no tópico anterior, e para as mudanças na política de Saúde em nosso país ocorrida a partir dos anos 70, a qual favoreceu a entrada e expansão de psicólogos inseridos em equipes de Saúde.

Sendo assim, trataremos da inserção do psicólogo na Saúde Pública, por meio da composição de equipes multiprofissionais e posteriormente focaremos esta atuação no nível da Atenção Básica.

2.1 Inserção do Psicólogo na Saúde Pública

Para discorrermos a respeito da inserção do psicólogo na Saúde Pública, iniciaremos a partir de um sucinto histórico do SUS, que se configura como a política nacional de Saúde, a fim de contextualizar este campo de prática, marcado também por ideologias conflitantes.

A luta pelos direitos à Saúde ocorrida na década 70/80 se deu em um momento em que o país passava por uma grave crise econômica e social. Foi liderada pelo movimento sanitaria⁴, composto por acadêmicos ligados à Saúde Pública, profissionais da Saúde e outros setores da sociedade em favor da reforma sanitária. Esta se opunha ao modelo médico-hospitalar, até então vigente, o qual privilegiava apenas os trabalhadores “formais” (com carteira de trabalho assinada) e centralizava suas ações a nível terciário, ou seja, “a política de Saúde, adotada até então pelos governos militares, punha ênfase numa medicina de cunho individual e assistencialista, em detrimento de ações vigorosas no campo da Saúde Coletiva” (Escorel, Nascimento & Edler, 2005, p.67). Neste período, a área da Saúde era considerada um “fracasso”, em virtude dos problemas enfrentados por grande parte dos brasileiros (Dimenstein & Traverso-Yépez, 2005). As reivindicações ganharam força após a saída do Governo Militar, cuja política visava à comercialização da área da Saúde a empresas privadas (como por exemplo, o aumento do número de hospitais privados e vendas de leitos). Ainda

⁴ Fazemos um adendo de que há registros do movimento sanitário desde a Primeira República, sendo nesta época, a luta pelo saneamento. Indicação de leitura: Lima N.T. et al. (2005) Saúde e Democracia- História e Perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz.

referente a este momento histórico, Oliveira (2005) acrescenta:

a fragilidade do modelo econômico e social defendido pelos governantes militares possibilita que os movimentos sociais, antes dismantelados e reprimidos, ressurgam com força junto aos setores progressistas do sanitarismo nacional em oposição às medidas operacionais do governo federal que se voltava à privatização de suas instituições (p.19).

Como marco do movimento sanitário, temos a 8ª Conferência Nacional de Saúde, ocorrida dos dias 17 a 21 de março de 1986, que contou com a participação de aproximadamente 5.000 participantes (englobando movimentos sociais, profissionais e estudantes de Saúde, principalmente médicos; estudiosos; sindicatos dos trabalhadores e grupos da sociedade civil, como as associações de bairro), consolidando as bases da Reforma Sanitária, por intermédio de uma sistematização de seus princípios e diretrizes. Destes, merecem destaque: o “conceito ampliado de Saúde; a Saúde vista como direito de todos e dever do Estado; a criação de um Sistema de Saúde Universal e igualitário com participação popular; e a constituição e ampliação do orçamento social” (Paim, 2006, p. 474).

Todavia, somente na Constituição Federal de 1988, conhecida como “Constituição Cidadã”, é que a saúde, a educação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância e à assistência aos desamparados, passaram a ser consideradas como um direito social. O capítulo Saúde aparece nos artigos de 196 a 200, sendo o SUS parte de um Sistema maior, o Sistema de Seguridade Social. Dentre estes artigos, destacamos:

Art.196. A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação; Art.198. As ações e serviços públicos de Saúde integram uma rede regionalizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I-descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III- participação da comunidade (Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990).

O SUS foi regulamentado pelo conjunto de duas leis: Lei Orgânica da Saúde (8.080/90) nº. 8080 e Lei Orgânica Complementar (8.142/90), definido como:

O conjunto de ações e serviços de Saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, em que a iniciativa privada poderá

participar em caráter complementar (Art.4-Lei nº. 8080, de 10 de setembro de 1990).

Com estas mudanças, o conceito ampliado de Saúde passou a ser visto como o “resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer, acesso a bens e serviços essenciais” (Ministério da Saúde, 2009, p.338) sendo que, por esta perspectiva, tornou-se imprescindível que o trabalho na área da Saúde se realize por diversos profissionais, de modo a superar o isolamento entre as diversas áreas do saber:

a análise do processo saúde-doença evidenciou que a Saúde é resultado de modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas (Ministério da Saúde, 2006a, p.9).

Abaixo será apresentada uma tabela referente às diretrizes e princípios do SUS para uma melhor clarificação das mudanças propostas nesta Lei.

Tabela 6 - Diretrizes e Princípios do SUS

LEI 8.080/1990	DIRETRIZES E PRINCÍPIOS- SUS
Universalidade	Atender a todos, sem distinções ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo.
Integralidade	Princípio fundamental; Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade; também pressupõe a atenção focada no indivíduo, na família e na comunidade (inserção social) e não num recorte de ações ou enfermidades.
Preservação da Autonomia	Na defesa da integridade física e moral das pessoas.
Igualdade	Na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie.
Direito à Informação	Das pessoas assistidas, sobre sua saúde.
Divulgação de Informações	Quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário.
Utilização da Epidemiologia	Para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática.

Participação da Comunidade	Uma das maneiras de se efetivar a democracia, por meio da inclusão de novos sujeitos sociais nos processos de gestão do SUS como participantes ativos nos debates, formulações e fiscalização das políticas desenvolvidas pela Saúde Pública brasileira, conferindo-lhe legitimidade e transparência. Com previsão constitucional e legal, a participação popular confere, à gestão do SUS, realismo, transparência, comprometimento coletivo e efetividade de resultados. Está diretamente relacionada ao grau de consciência política e de organização da própria sociedade civil. O SUS deve identificar o usuário como membro de uma comunidade, com direitos e deveres, e não como receptor passivo de benefícios do Estado. A participação da comunidade no SUS acontece, nos municípios, por meio de canais institucionalizados (ou seja, previstos por leis ou normas do SUS), como as conferências municipais de Saúde, os conselhos municipais de Saúde, os conselhos gestores de serviços ou, ainda, por meio de reuniões de grupos por áreas de afinidade. Mesmo nos órgãos internos do SUS, os processos participativos são importantes, como as mesas de negociação trabalhista, a direção colegiada e outras.
Descentralização Político-Administrativa	Processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, atendendo às determinações constitucionais e legais que embasam o SUS e que definem atribuições comuns e competências específicas à União, estados, Distrito Federal e municípios; ênfase dos serviços para os municípios; regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
Integração em nível executivo	Das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico.
Conjunção dos recursos	Financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população.
Capacidade de resolução	Dos serviços em todos os níveis de assistência.
Organização dos serviços públicos	De modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Fonte: Dados obtidos na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: https://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_8080_90.pdf e no Manual de A a Z do SUS. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>

O SUS se apresenta, aparentemente, como uma política de assistência, entretanto pode ser considerado também como um projeto de construção de outro modelo de sociedade, tendo como base a reforma sanitária que visava também reformas estruturais de redemocratização do Estado Brasileiro, visando alcançar uma realidade nacional mais equitativa e justa.

Por isso, é imprescindível, ao discorrer acerca de políticas públicas, articulá-las com a estrutura social vigente, contextualizando o modelo de produção atual, configurado numa sociedade de classes, ou seja, “é preciso pensar a realidade nacional no contexto do capitalismo mundial, compreendendo quais foram e quais são as vias próprias de avanço e as

possibilidades de transformação” (Rizzotto, 2000, p.242).

Nesse sentido, apesar das lutas pela redemocratização do país e consequentemente da área da Saúde, podemos dizer que no Brasil temos, nos dias de hoje, um sistema de Saúde misto; de um lado um vasto e lucrativo mercado de convênios particulares e do outro o SUS, para os que não podem usufruir desse mercado, ou seja, um “SUS para pobre”: “as profundas desigualdades sociais existentes no contexto brasileiro e a tendência de ver a Saúde Pública não como um direito de toda a população, mas como uma prática destinada apenas à população carente” (Traverso-Yépez, 2001, p.51).

Nesse sistema de Saúde misto, no que tange à iniciativa privada, convém fazermos uma distinção entre Saúde Complementar e Suplementar, apesar de ambas estarem “sujeitas à regulação determinada pelo Estado”, estas se diferenciam em muitos aspectos.

A Saúde Complementar refere-se às parcerias com instituições que se integram ao SUS, preferencialmente as de cunho social, filantrópicas; enquanto que a Saúde Suplementar constitui-se como atividades de caráter exclusivamente privado, configurando o cenário hoje tão conhecido dos planos de saúde. De acordo com relatório redigido pelo CFP (2009) este setor “atende hoje mais de 42 milhões de beneficiários no Brasil, sendo o segundo maior mercado após os Estados Unidos da América” (p. 9):

no que concerne à participação complementar da iniciativa privada na Saúde, vale dizer que o Estado brasileiro ainda não possui as condições necessárias para cumprir integralmente o seu dever de garantir a Saúde da população. Faltam hospitais, laboratórios, clínicas médicas, enfim, há carência de estrutura básica para o atendimento universal da população. Resta assim, ao Estado Brasileiro, através da União, dos Estados e dos Municípios, utilizar-se de parceiros privados para a consecução dos seus objetivos constitucionais (p.25).

Com isso, vemos atualmente um processo de mudanças dos paradigmas do Estado e, por conseguinte, da elaboração de políticas sociais. Com a agenda neoliberal sendo efetivada a partir dos anos 90, tem-se uma desestatização e depreciação das instituições públicas em favor da terceirização dos serviços de Saúde, prevalecendo à lógica do mercado. Como exemplos temos o poder especulativo dos planos de saúde (tempo de carência, aumento de mensalidades) frente à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)⁵ (amparada na Lei 9.961, de 28 de janeiro de 2000, com fins de regulação, normatização, fiscalização e controle em prol da Saúde Pública), expansão e atuação das Organizações Sociais (OS) e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), tanto nas contratações, como na gerência:

⁵ Fonte- Jornal Folha de São Paulo: <http://www1.folha.uol.com.br/foha/cotidiano/ult95u9211.shtml>

embora os princípios e diretrizes que regem o Sistema Público de Saúde (SUS) devam orientar a regulação incidente sobre o setor privado, a lógica intrínseca a este setor faz com que princípios como a universalidade e a integralidade não sejam assimilados plenamente quando tratamos do campo da Saúde Suplementar (CRP, 2007, p.26).

Diante do contexto sócio-histórico apresentado, destacamos a) o final da ditadura; b) o fortalecimento dos movimentos sociais; c) o movimento sanitarista e a criação do SUS. Tais fatos contribuíram para alterar o modelo vigente de psicólogo, que se dá em decorrência das mudanças sociais, culturais e econômicas e, por meio de questionamentos quanto à função social do psicólogo e sua especificidade (Spink, 2004).

De acordo com alguns autores (Dimenstein, 1998; Oliveira et al., 2005) dois fatores acompanharam a inserção do psicólogo em outras áreas, como a da Saúde, sendo eles, a crise econômica ocorrida pela retração do mercado liberal e a luta pela democracia da atenção psicológica. Assim, destacamos:

O psicólogo adentra o Sistema Público de Saúde em razão tanto de uma queda acentuada nas possibilidades de emprego como profissional autônomo, quanto em virtude dos debates, pressões e organizações que vislumbraram em determinado momento a necessidade de se mudar o modelo de atenção à Saúde no Brasil, enquadrando-o em princípios democráticos (equidade, participação, justiça social, descentralização e acesso universal) a partir da reformulação do conceito de Saúde (Oliveira, 2005, p. 25).

Nessa direção temos que considerar que os fatores econômicos e políticos que em um momento contribuíram para que a prática do psicólogo se desse primordialmente em nível privado, em outro, favoreceu tal prática em instituições de caráter público:

el área de La salud en Brasil es la que más ha absorbido psicólogos en los últimos 15 años, incluso como alternativa al gradual vacío de los espacios que antes eran ocupados por las actividades de consultorio, pautadas en un ya desgastado modelo clínico (Sebastiani, Maia, & Chiattonne, 2006, p.4).

Oliveira (2005) ressalta que, embora a inserção do psicólogo tenha sido efetiva após a implementação do SUS e o reconhecimento como profissão de Saúde tenha ocorrido 1997, desde o Governo Figueiredo (1979-1985) já existiam psicólogos na área, porém de forma não regulamentada.

Uma das entradas do psicólogo na área da Saúde foi o Hospital, registrando-se a atuação desde 1945, com a psicóloga Mathilde Neider, a pedido do chefe do grupo de cirurgia

de coluna do Instituto de Ortopedia e Traumatologia do Hospital das Clínicas, para atendimento das crianças submetidas às cirurgias e seus familiares⁶, ou seja, mesmo antes do período citado acima.

Também destacamos como área pioneira de atuação do psicólogo na Saúde a área da Saúde Mental, em cujas exigências normativas encontraremos a formação de equipes, fato diretamente responsável pelo aumento do número de psicólogos nos serviços públicos de Saúde. O primeiro registro oficial desse trabalho no estado de São Paulo data de 1982. Com a desospitalização dos pacientes psiquiátricos, estendeu-se os serviços de Saúde Mental à rede básica, com atuação nos níveis primário, secundário e terciário (Spink, 1992).

Vasconcelos (2004) divide em quatro períodos a configuração da área de Saúde Mental como campo de práticas para o psicólogo. Abaixo apresentaremos uma tabela com algumas dessas passagens:

Tabela 7 - Passagens Históricas da Área de Saúde Mental

Períodos	Fatos
1º	“Mobilização na Sociedade Civil contra o Asilamento Genocida e a Mercantilização da Loucura; Proto-formas das “Ações Integradas de Saúde”: 1978 - 1982 (São Paulo e Minas Gerais) e 1978 - 1980 (Rio de Janeiro)”: Paralelamente aos movimentos sociais de luta pela democracia, como o movimento sanitarista já citado em capítulo anterior, inicia-se em 1978 o movimento em favor da mudança na Psiquiatria. Neste cenário se constrói o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental (MTSM), com forte influência de Franco Basaglia, na Itália.
2º	“Expansão e Formalização do Modelo Sanitarista (AIS e SUS); Montagem de Equipes Multiprofissionais Ambulatoriais de Saúde Mental; Controle e Humanização do Setor Hospitalar; Ação a partir do Estado: 1980 (RJ) e 1982 (SP e MG) 1987”: 1982- Governo Montoro em São Paulo: entrada de lideranças do movimento nas secretarias de saúde, aumentando as possibilidades de intervenção nos hospitais psiquiátricos e privados, bem como um crescimento gradual da rede ambulatorial em saúde e em saúde mental. Dentre os objetivos do MTSM nesse período, salientamos, a “expansão da rede ambulatorial em saúde, com equipes de saúde mental, compostas basicamente por psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais, e às vezes, também por enfermeiros, terapeutas ocupacionais e fonoaudiólogas” (Vasconcelos, 2004, p.4).
3º	“Fechamento Temporário do Espaço Político de Mudanças a partir do Estado; Emergência da Luta Antimanicomial e Transição em Direção ao Modelo da Desinstitucionalização Psiquiátrica: 1987 – 1992”: 1989- Projeto de Lei Paulo Delgado: “extinção e substituição gradativa dos serviços de tipo manicomial”.
4º	“Avanço e Consolidação da Perspectiva de Desinstitucionalização Psiquiátrica; “Desospitalização Saneadora” e Implantação da Rede de Serviços de Atenção Psicossocial; Primeiros Sinais de Limites à Expansão do Modelo, tendo em Vista

⁶ Informação obtida no vídeo “Trajetória da Psicologia Hospitalar em São Paulo”-volume 6, disponível em: <http://www.crpssp.org.br/crp/videos/default.aspx#>

as Políticas Neoliberais: 1992”: conservadorismo do governo Collor, ao mesmo tempo, uma substituição gradativa para uma internação por serviços abertos. Os psicólogos passam a compor as equipes de saúde mental em todos os serviços. Estados e municípios introduzem leis baseadas nos princípios da reforma psiquiátrica, sendo São Paulo um destes.

Fonte: Vasconcelos (2004).

Ainda referente à formação de equipes multiprofissionais de Saúde Mental na cidade de São Paulo, Fernandes e Scarcelli (2005) mostram que no período de 1989-1992 a gestão direcionou o trabalho a partir do modelo antimanicomial, aumentando assim, o número de equipes e, conseqüentemente, de profissões e de serviços substitutivos, tais como Hospitais-dia, Centro de Convivência e Cooperativas (CECCOs), emergências psiquiátricas, enfermarias de Saúde Mental nos Hospitais Gerais. Porém as autoras ressaltam que as mudanças de estrutura física e de recursos humanos “não bastavam”, conforme relatado abaixo:

ressalta-se, porém, que a instalação da rede física e a contratação de profissionais não bastavam para a sustentação do novo modelo de atenção em Saúde Mental. Uma modalidade de trabalho centrada na atuação da equipe multiprofissional e a postura do trabalhador diante da nova tarefa foram consideradas essenciais para a construção desse processo. Esses profissionais foram convidados a repensar os modelos, instrumentos e posturas/attitudes cuja formação acadêmica não previu, a fim de que, multidisciplinarmente e com a participação efetiva da comunidade, pudessem promover leituras dos fenômenos sob um outro *contato* que não o da psicoterapia, por exemplo (p.77-78).

No entanto, Vasconcelos (2004) faz uma crítica aos psicólogos, alegando que estes passaram a selecionar a clientela atendida considerando a renda, grupos sociais mais próximos à cultura psicologizante⁷, os níveis de formação, o *status* no mercado de trabalho e o perfil clínico; sendo que a prioridade deveria ser a “clientela considerada como psicótica” “consumidora dos hospitais psiquiátricos”.

⁷ Para uma leitura mais detalhada deste conceito: Dimenstein, M (2005) "A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à Saúde". *Estudos de Psicologia* 5 (1) 95-121.

2.2 Participação dos Psicólogos em Equipes de Saúde: diálogos e desencontros

A partir da resolução, número 18 de 06 de março de 1997 (Conselho Nacional de Saúde, 1997) são reconhecidos 13 profissionais de Saúde de nível superior: Assistentes Sociais, Biólogos, profissionais de Educação Física, Enfermeiros, Farmacêuticos, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Médicos, Médicos Veterinários, Nutricionistas, Odontólogos, Psicólogos e Terapeutas Ocupacionais. Ainda referente a essa extensão para além do modelo biomédico, citamos Minayo (2008):

no campo da Saúde se vivencia a complexidade dos objetos de estudo, pois a abrangente área biomédica não pode prescindir da problemática social, uma vez que o corpo humano está atravessado pelas determinações das condições, situações e estilos de vida (p. 28).

Por essa via e de acordo com a Política Nacional de Promoção de Saúde (Ministério da Saúde, 2006a), um dos desafios do gestor federal do SUS seria o de uma política transversal, integrada e intersetorial, de modo a fazer dialogar as diversas áreas do saber, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamentais e a sociedade, a fim de tecer uma rede de compromisso e co-responsabilidade no que se refere à qualidade de vida, sendo todos estes atores participantes no cuidado com a Saúde. Esta configuração se organiza a partir da constatação da insuficiência do modelo biomédico e se coloca como alternativa crítica: “o aparato biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo, operando um modelo de atenção e cuidado, marcado, na maior parte das vezes, pela centralidade dos sintomas” (p.9).

Porém, há diversos modos de se conceituar e se fazer o trabalho em equipe. Abaixo, apresentaremos um recorte das três terminologias mais frequentemente usadas no que se refere a um trabalho conjunto

Tabela 8 - Definições de Equipes de Saúde

Equipes de Saúde	Definições
Multidisciplinar	Execução de disciplinas desprovidas de objetivos comuns sem que ocorra qualquer aproximação ou cooperação; quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente.
Interdisciplinar	Possibilidade do trabalho conjunto na busca e soluções, respeitando-se as bases disciplinares específicas; quando alguns especialistas discutem entre si a situação de um paciente sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade.
Transdisciplinar	Trabalho coletivo que compartilha “estruturas conceituais, construindo juntos teorias, conceitos e abordagens para tratar problemas comuns”. A disciplina em si perde seu sentido e não há limites precisos nas identidades disciplinares; quando as ações são definidas e planejadas em conjunto.

Fonte: Saupe et al. (2005, p.522) em que se utilizaram as definições de Japiaussú (1976) modificadas em Tonetto & Gomes (2007, p.80-90).

Referente à interdisciplinaridade Saupe et al.(2005) acrescentam que esta contempla:

o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da Saúde e a consequente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e as instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de Saúde (p.522).

Peduzzi (2001) destaca também que o trabalho em equipe se encontra na contramão da tendência à especialização pela qual passa a área da Saúde (verticalização do conhecimento e intervenção de modo individualizado), influenciada pelo modelo biomédico:

práticas fragmentadas geram alienação e desmotivação do profissional de Saúde, pois quando o seu trabalho fica restrito a uma pequena parcela do processo terapêutico, o profissional não consegue ter uma dimensão do resultado global do estado de Saúde do seu paciente (Ministério da Saúde, 2004, p. 5-6).

Além disso, faz-se necessário à equipe a construção conjunta do projeto de trabalho a fim de que todos se sintam pertencentes e participantes ativos nesta construção: “a elaboração do projeto terapêutico, ou seja, do tratamento, é um processo com momentos de atuação individual e momentos de troca com acordo da equipe de Saúde (pactuação da equipe)” (Ministério da Saúde, 2004, p.13).

Não se pode deixar de considerar ainda o objetivo genuíno de se formar uma equipe com um projeto comum, que é o de atender às necessidades da população e as demandas sociais. Assim, “o trabalho das equipes e das organizações de Saúde deveria centrar-se em buscar compreender e corresponder aos interesses do usuário, inclusive contribuindo para a sua autonomia e para sua capacidade de intervenção sobre sua própria Saúde” (Spink et al., 2006, p.5).

Outra questão que pode dificultar a coesão de uma equipe e deve ser levada em conta, refere-se ao *status* social de cada profissão e profissional e do consequente uso de poder nas relações por conta das valorações sociais; como também do vínculo empregatício de cada um, seja por contrato, concurso, estágio, ou voluntariado, além da remuneração diferenciada.

Traverso-Yépez (2001) pontua o ideário individualista como obstáculo ao trabalho em equipe, deixando a “relevância do trabalho interdisciplinar na Saúde, normalmente restrita ao discurso e ao papel”. A autora defende ainda a ideia de que a formação dos profissionais de Saúde ocorra desde a graduação de modo integrado, com vistas a “uma concepção sistêmica ecológica da vida humana”, possibilitando assim uma “base conceitual comum” (p. 54).

Referente ao início da participação dos psicólogos nas equipes de Saúde, “sua inserção na equipe era, frequentemente, como facilitador do processo de tratamento, havendo – com raras exceções – poucas oportunidades para contribuir nesse processo como profissional autônomo” (Spink, 1992, p. 13). Dito isto, nos deteremos no trabalho dos psicólogos em equipes de Saúde, mostrando alguns resultados de pesquisas realizadas com psicólogos, publicadas nos últimos anos, com o intuito de dar visibilidade a esta prática e o modo como esta tem se dado. Sendo assim, desenvolveremos algumas problemáticas encontradas, as quais referem: a) ao predomínio de atendimento individual; b) a comunicação em equipe e c) a organização dos serviços.

Spink et al.(2006) ao entrevistarem psicólogos que atuam na Saúde Pública, investigaram as atividades desenvolvidas, e nas respostas obtidas, a participação em equipes multiprofissionais totalizou 1,6% das respostas, havendo um predomínio do atendimento individual com 42,1% , o que ilustra a desarticulação do trabalho do psicólogo com as diretrizes e princípios propostos nas políticas públicas, focalizadoras do trabalho em equipe. Compartilhando desses resultados, Oliveira et al.(2004), mostram que 64% dos seus entrevistados afirmaram que não exerciam um trabalho em equipe. Ronzani e Rodrigues (2006), trazem nas suas conclusões que todos os psicólogos entrevistados relataram atividades “clínico-remediativas” na equipe de Saúde que compunham.

Hoenisch (2004) realizou entrevistas com psicólogos da Saúde Pública e nas suas análises concluiu que os profissionais ainda idealizam o trabalho individual, com mais de uma sessão por semana, sendo o atendimento em grupo utilizado quando não é possível o modelo anterior. Um dos argumentos utilizados pelo autor para o resultado dirige-se à formação: “nossa formação é muito deficitária em termos de Saúde e políticas de atenção à Saúde...os profissionais não conheciam os princípios do SUS” (p.28).

Levantamos também a questão que concerne à comunicação entre os profissionais. Hoenisch (2004) e Dimenstein (1998) fazem esse destaque em seus trabalhos.

Outra dificuldade refere-se ao modo como os serviços estão organizados. Oliveira et al.(2005) investigaram a situação da Psicologia no Sistema Público de Saúde na região de Natal, pontuando que as inovações na atuação se dão por meio de iniciativas individuais e mostrou que mesmo com as propostas de um trabalho em equipe, há uma contradição, pois o SIA/SUS o qual disponibiliza uma lista de procedimentos aos psicólogos, mantém ações compartimentalizadas, impossibilitando assim uma prática de acordo com os princípios da reforma sanitária e do trabalho em equipe. Com isso, os resultados da pesquisa elucidaram que o SUS na prática, acaba por reforçar ações individualizadas, tendo em vista o estabelecimento dos procedimentos específicos que os psicólogos deveriam realizar, desconsiderando o perfil epidemiológico da população usuária do sistema:

não é possível negar que o trabalho do psicólogo se consolidou em torno da atividade clínica na sua vertente psicoterápica. Também não podemos desconsiderar que as propostas de uma atenção preventiva e educativa, se comparadas à tradição assistência/curativista, ainda são recentes e carecem de suporte instrumental e técnico. Contudo, o SIA/SUS é bastante vago na definição da natureza dos procedimentos e direcionamento acerca do modelo de atenção a ser adotado pelas diferentes categorias profissionais. Essa fragilidade do sistema dificulta a assimilação e reprodução de uma visão diferenciada de Saúde e de assistência. No caso da Psicologia, a fluidez na definição das ações associada à tradição do atendimento clínico tradicional e, até mesmo, à cultura profissional, impelem o psicólogo a um atendimento ‘de resultados’, ou seja, ao manejo de situações clínicas clássicas e já bastante familiares desde a formação profissional (p. 280).

Dimenstein (2001) discorre a respeito do “incentivo aos atendimentos individualizados” por parte da Instituição, em “detrimento” de outras atividades que não correspondam ao tradicional trabalho que se espera de um psicólogo.

Contudo, de modo geral, apesar de ainda presenciarmos dificuldades práticas no trabalho em equipe, vemos um avanço na composição de equipe na maior parte dos serviços de Saúde e uma busca pela autonomia profissional de cada classe. Mas temos ao mesmo

tempo, um projeto de lei intitulado “Ato médico”, o qual tem sido tema de diversas discussões e mobilizações no que tange aos profissionais de Saúde; pois, se aprovado, os profissionais passarão a ser submetidos aos médicos, havendo assim um retrocesso na assistência à Saúde. Em 29 de outubro de 2009 foi publicada a aprovação desta lei na Câmara dos Deputados⁸. Por meio desta lei é regulamentado o exercício da Medicina, listando uma série de procedimentos que então passariam a ser exclusivos aos médicos. Contudo, tal projeto deve ainda passar pelo Senado para aprovação definitiva. Muitas entidades profissionais têm se mobilizado contra, dentre elas os órgãos de representação da Psicologia (CFP e CRP).

2.3 A Psicologia e os Níveis de Atenção à Saúde

O SUS é composto por uma rede hierarquizada em três níveis de atenção, do mais simples ao mais complexo⁹: Atenção Básica, Média Complexidade e Alta Complexidade. Acerca desses níveis de atenção, vemos que a Psicologia tem como foco os serviços de reabilitação, tais como os Hospitais Gerais e o atendimento a pacientes psiquiátricos. Deste modo:

pensar a atuação do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde, ou seja, nas instituições públicas de Saúde destinadas à Atenção Primária à Saúde não é uma tarefa fácil. O tempo de inserção desse profissional nessas instituições públicas de Saúde é relativamente pequeno; há um contingente reduzido de profissionais atuando na área – apesar de vir aumentando gradativamente, inexistem pesquisas mais sistemáticas, tanto nacionais quanto locais, sobre a atuação do psicólogo nesse campo específico de trabalho (Dimenstein, 1998, p.65).

Existe a possibilidade de que isso se deva à visão de doença predominante por muito tempo na Psicologia:

a doença, durante muitos anos, foi tema principal da Psicologia Clínica, sobretudo no campo da Saúde Mental. Nesse contexto, psicólogos sensibilizados com a questão da Saúde procuraram trilhar um caminho diferenciado do seguido pela Psicologia Clínica, que os levou, de início, a seguir o modelo denominado biomédico, no qual o trabalho do psicólogo tinha como característica maior voltar-se para efeitos psicológicos das enfermidades no paciente, e,

⁸ obtidos pelo site do Jornal O Estado de São Paulo, disponível em: http://www.estadao.com.br/estadaodehoje/20091022/not_imp454531,0.php

⁹ Spink (1992) destaca Cuba, por ter sido o único país da América Latina, “talvez do mundo”, que conseguiu a integração entre os três níveis de atenção.

posteriormente, em seus familiares alcançando a própria equipe de Saúde (Bucher, 2003, p.214).

Em relação ao Hospital, podemos dizer que tal fato tem influência do histórico da formação das políticas de Saúde em nosso país, em que o Hospital foi colocado como o local privilegiado para os cuidados em Saúde, considerando que o Brasil, é um dos poucos países que se tem a especialidade “Psicologia Hospitalar” (Resolução do Conselho Federal de Psicologia (CFP) nº 014/00 de 20 de dezembro de 2000).

abarcamos un modelo en gran parte importado de los Estados Unidos de Norteamérica, donde el hospital pasa a ser el símbolo máximo de atención a la salud. Muy probablemente esos motivos llevaron, en Brasil, a que se acuñara el nombre “Psicología Hospitalaria”, sin precedentes en otros países del mundo, cuando nos referimos a las actividades del psicólogo en el campo de la salud, pues si la salud dentro del modelo vigente en Brasil emanaba de la institución hospitalaria, nada más obvio que el psicólogo de la salud brasileño empiece, a partir de ella, sus actividades y acciones en salud (Sebastiani et al., 2006, p.5).

Compartilhamos com os posicionamentos de Castro e Bornholdt (2004) que questionam a especialidade Psicologia Hospitalar, na medida em que esta se dirige ao nível terciário, enquanto que a denominação “Psicologia da Saúde” (usualmente utilizado em outros países) abarca todos os níveis de atenção:

a confusão entre o que seria a área Clínica, a área da Saúde e também a Psicologia Hospitalar não é somente de ordem semântica, mas também de ordem estrutural, ou seja, estão em jogo os diferentes marcos teóricos ou concepções de base acerca do fazer psicológico e sua inserção social (p. 51).

Com este posicionamento Angerami-Camon (2000) e Chiattonne (2000) corroboram e postulam que seria mais adequado considerar a Psicologia Hospitalar como um sub-especialidade da Psicologia da Saúde, visto que tal prática se remete a um local específico, o que segundo Chiattonne (2000) ao invés de delinear as atividades desenvolvidas, o próprio local se torna referência para determinar as áreas de atuação.

Quanto à área da Saúde Mental, vemos também um dilema no qual o psicólogo, na prática, passa a ser visto como o profissional da Saúde Mental, com atividades direcionadas somente para esta área (Traverso-Yépez, 2001), distinguindo-se dos profissionais de Saúde. Queremos dizer com isso que a área de Saúde Mental, do modo como estruturada, nos remete à reabilitação, quando esta deveria se inserir também em serviços de Prevenção de Doenças e

Promoção de Saúde. De acordo com Bock (1999) o conceito de Saúde abrange também a Saúde Mental, permitindo a participação dos psicólogos nas equipes de qualquer Instituição pública de Saúde, não restringindo-se aos espaços psiquiátricos:

aos profissionais de Saúde Mental está faltando a aceitação da ideia de que são profissionais de Saúde. Só através dessa aceitação é que estes poderão chegar a conceber seu trabalho com uma amplitude bem maior do que o simples direcionamento aos fatores patogênicos, que incidem no plano individual (R.Silva, 1992, p. 38).

Todavia, apesar de a concentração ter se dado em maior volume na Saúde Mental, Boarini (2007) e Dimenstein (1998, 2000) apontam que a formação do psicólogo não se direcionava a pacientes graves, crônicos ou agudos. Deste modo, vemos desde o início a distância entre a formação e a prática profissional do psicólogo no contexto da Saúde Pública:

nesse novo modelo proposto de assistência psiquiátrica integral, a equipe multiprofissional assume um papel importante na medida em que era preciso ampliar as técnicas de diagnóstico e de tratamento – só possível com diferentes profissionais...Assim observa-se mais uma vez uma preocupação em termos de contratação de pessoal pelos órgãos públicos para preenchimento da rede ambulatorial, quando certamente entraram muitos psicólogos sem qualificação para o tipo de serviço demandado nessas instituições (Dimenstein, 1998, p.61).

Ronzani e Rodrigues (2006) ao abordarem a formação de equipes de Saúde no município de Juiz de Fora, ilustram claramente como essa alocação dos psicólogos nos níveis de atenção acabam por privilegiar os níveis secundários e terciários de atenção:

em decorrência da formação dos profissionais integrantes da equipe mínima, surgiu como reivindicação dos psicólogos, a inclusão desse profissional no nível de Atenção Primária, porém tal reivindicação não foi aceita pelos gestores com o argumento de que tal profissional não seria um generalista, sendo, portanto, mais adequada sua alocação nos níveis secundários e terciários (p.134).

Diante do exposto, R.Silva (1992) coloca como recentes as discussões em que se versa sobre a atuação dos psicólogos nos diversos níveis de atenção, pontuando o predomínio das ações de Saúde Mental: “é, portanto, muito inicial a prestação de que os componentes da área de Saúde Mental são, antes de tudo, profissionais de Saúde e como tal devem se integrar as ações de Saúde em geral” (p.25).

Vemos que essa separação entre os níveis de atenção, se mostra presente não apenas

na Psicologia, mas nos remete a outra problemática a qual concerne à dicotomia entre “Saúde Pública” e “Medicina Assistencial”. Merhy e Queiroz (1993), dizem que “o esforço para a integração entre Clínica e Saúde Pública num mesmo programa de Saúde envolvendo ações individuais e coletivas de prevenção e de cura concorre para melhorar a prática clínica e legitimar o programa de Saúde Pública” (p.182). Contudo, Bleger (1984) pontua que os próprios médicos são os que “apresentam uma resistência à mudança e à organização mais racional da Medicina”.

2.4 O Psicólogo na Atenção Básica¹⁰

Deter-nos-emos agora na explanação da atuação dos psicólogos no primeiro nível de atenção, comumente chamado de Atenção Primária, mas que no Brasil é denominado como Atenção Básica, fortemente marcado por ações de cunho preventivo e coletivo.

Os cuidados primários de Saúde passaram a ter destaque a partir da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde realizada no ano de 1978 (OMS, 1978), em Alma-Ata no Cazaquistão (ex-União Soviética), privilegiando a universalização do atendimento, ou seja, ao alcance de todos; utilizando-se, na época, o slogan “Saúde para todos no ano 2000”. Nessa conferência foram criados os parâmetros básicos da Atenção Primária à Saúde (APS), entendidos como uma estratégia de assistência, baseada no conceito ampliado de Saúde, o que fez da APS um nível de atenção com foco nas práticas de Promoção de Saúde, possibilitando uma ação mais integrada das várias disciplinas e permite maior acesso da população não somente à reabilitação de doenças, mas também às ações sociais que valorizem o ser humano em constante interação com seu meio. A partir dessa Conferência, foi elaborado o documento “Declaração de Alma-Ata”, definidor das atividades que devem compor o conceito de cuidados primários (Spink, 2004).

Já em âmbito nacional, a Política Nacional de Atenção Básica foi aprovada por meio da portaria número 648/GM de 28 de março de 2006, a partir da revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) (Ministério da Saúde, 2006b). Destacamos um trecho da apresentação desta política, escrita pelo secretário de Saúde da

¹⁰ Internacionalmente o primeiro nível de atenção à Saúde é conhecido como Atenção Primária, mas no Brasil conceitua-se como Atenção Básica.- Para maior aprofundamento da discussão entre os termos atenção básica e atenção primária, recomendamos: Gil, C.R.R. (2006) Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. Cad. Saúde Pública 22 (6) 1171-1181.

época, hoje ministro da Saúde, José Gomes Temporão (2006): “nesse processo histórico, a Atenção Básica foi gradualmente se fortalecendo e deve se constituir como porta de entrada preferencial do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de Saúde” (p.3).

Abaixo serão retratados os princípios gerais da Atenção Básica, cuja função é nortear as decisões e conseqüentemente as ações neste nível:

a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de Saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da Saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da Saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de Saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua Saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (Ministério da Saúde, 2006c, p.10).

De acordo com os princípios e as diretrizes propostas no PACTO pela Saúde (Pacto pela Vida, de Gestão e em Defesa do SUS), a Atenção Básica deve privilegiar o acolhimento, ficando os serviços especializados como segundo nível de atenção:

[o acolhimento] é o estabelecimento de uma relação solidária e de confiança entre profissionais do Sistema de Saúde e usuários ou potenciais usuários, entendida como essencial ao processo de co-produção da Saúde, sob os princípios orientadores do SUS (universalidade, integralidade e equidade). Traduz-se nas atitudes dos profissionais e, também, nas condições e processos de trabalho envolvidos na recepção e atendimento aos cidadãos, onde quer que ele se dê: na comunidade, nos ambulatorios, em hospitais ou demais unidades e serviços de Saúde (*SUS de A a Z*¹¹).

Ainda sobre o serviço de acolhimento, citamos:

No que diz respeito às condições de atendimento e ao processo de trabalho, trata-se de concebê-los e redefiní-los tendo o cidadão como centro, objetivando seu bem-estar e a efetividade do serviço prestado. A recepção nas unidades e serviços

¹¹ O título *SUS de A a Z* (com marca em itálico é uma versão *on-line*). Recuperado em 05.10.2010, de http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=265&letra=A).

de Saúde é estratégica para o acolhimento, pois é quando se dá, muitas vezes, o primeiro contato com o Sistema. Na recepção, o acolhimento deve ser feito por equipes multidisciplinares, que devem se responsabilizar integralmente pelo usuário, atendendo-o com atenção solidária e encaminhando a resolução de suas necessidades e demandas, informando-o dos limites e possibilidades do Sistema e estabelecendo, quando necessária, a articulação com outros serviços de forma que haja resolutividade e continuidade no atendimento (*SUS de A a Z*).

Com isto, salientamos que o Pacto pela Vida enfatiza o fortalecimento da Atenção Primária/Básica, com vistas à superação da proposição de caráter exclusivamente centrado na doença (Ministério da Saúde, 2006c).

Mostraremos abaixo o que se espera de um trabalho em equipe na Atenção Básica, de acordo com o Ministério da Saúde (2006c).

Tabela 9 - Características do Trabalho em Equipe na Atenção Básica (AB)-SUS

Trabalho em Equipe SUS- AB	Características
I	Definição do território de atuação das UBS.
II	Programação e implementação das atividades, com a priorização de solução dos problemas de saúde mais frequentes, considerando a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea.
III	Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde-doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.
IV	Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a manutenção de doenças e danos evitáveis.
V	Assistência básica integral e contínua, organizada à população adscrita, com garantia de acesso ao apoio diagnóstico e laboratorial.
VI	Implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento; -realização de primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas.
VII	Participação das equipes no planejamento e na avaliação das ações.
VIII	Desenvolvimento de ações intersetoriais, integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde.
IX	Apoio a estratégias de fortalecimento da gestão local e do controle social

Fonte: Ministério da Saúde (2006c, p.18-19).

No que se refere aos locais de atendimento da Atenção Básica, estes podem variar de acordo com as necessidades de “cada região”, sendo classificados em sete formas distintas, as quais são:

“1) Unidade de Saúde da Família”; “2) Posto de Saúde”; “3) Centro de Saúde/Unidade Básica de Saúde”; “4) Unidade Móvel Fluvial”; “5) Unidade

Terrestre Móvel para Atendimento Médico/Odontológico”: “6) Unidade Mista”; “7) Ambulatórios de Unidade Hospitalar Geral” (*O Sus de A a Z*).

Dados mostram que “em janeiro de 2005” havia registro de “um total de 44.223 Unidades Básicas de Saúde” no Brasil (*O Sus de A a Z*). Abaixo detalharemos somente a definição de Unidade Básica de Saúde, sob a qual versa nosso estudo:

Unidade para realização de atendimentos de Atenção Básica e Integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialistas nessas áreas. Pode ou não oferecer SADT e pronto atendimento 24 horas (*O SUS de A a Z*).

O PSF, estratégia de reorientação da AB, teve sua implantação no estado de São Paulo em meados de 1996. De acordo com Santos (2005), “cerca de 30% do Estado está coberto pelo Programa Saúde da Família, onde mais de 400 municípios, de um total de 645, adotaram a estratégia” (p.3). Para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi prevista a composição de equipes mínimas tendo como profissionais essenciais: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de Saúde, contratados pelos municípios.

No entanto, devido à “complexidade” das ações, verificou-se a necessidade de “interferência de outros profissionais da Saúde, como “psicólogos, médicos (ginecologistas, pediatras e psiquiatras), professores de educação física, nutricionistas, acupunturistas, homeopatas, farmacêuticos, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, e terapeutas ocupacionais”, (Verona, 2009, p.17), “organizando uma estrutura de apoio matricial” (CFP, 2009, p.11).

A respeito desse matriciamento, no ano de 2008, por meio da portaria número 154, de 24 de janeiro, o Ministério de Estado de Saúde, criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) (Ministério da Saúde, 2008), cujo objetivo é “ampliar a abrangência e o alvo das ações da Atenção Básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da Atenção Básica (Nunan, 2009, p.24). De acordo com esse autor, o psicólogo, um dos profissionais chamados para integrar essa equipe, possui suas ações definidas da seguinte forma:

São ações de Saúde Mental: atenção aos usuários e a familiares em situação de risco psicossocial ou doença mental que propicie o acesso ao sistema de Saúde e à

reinserção social. As ações de combate ao sofrimento subjetivo associado a toda e qualquer doença e a questões subjetivas de entrave à adesão a práticas preventivas ou a incorporação de hábitos de vida saudáveis, as ações de enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool e drogas e as ações de redução de danos e combate à discriminação (p. 28-29).

No entanto, Nepomuceno (2009) faz uma crítica à forma como se preconizou o NASF, fazendo com que a Psicologia fosse “colocada somente dentro do marco da Saúde Mental”, pois segundo este autor:

a Psicologia, na Saúde Pública, já tem essa história de trabalhos vinculados a um tipo de prática clínica reducionista, ligada a uma visão limitada à cura de psicopatologias e à reprodução de práticas de atenção ambulatorial de atendimento individual, de enfoque psicopatologizante. As contribuições da Psicologia à ESF e ao SUS são bem mais amplas e transcendem a dimensão curativista. Historicamente, a Psicologia foi se colocando nesse lugar da clínica, do tratamento da psicopatologia. O termo Saúde Mental, apesar de também apontar para compreensões ampliadas de Saúde, principalmente quando dentro do ideário da Reforma Psiquiátrica, ainda traz uma carga ideológica muito forte de patologização, da ideia do tratamento da doença mental. Não se exclui a importância do trabalho da Psicologia nesse campo de atuação da ESF, mas não pode restringir a esse cenário (p.55).

Outro autor que faz uma crítica nesse sentido é Gama (2009), caso haja um isolamento em relação às outras áreas e uma restrição à Saúde Mental, ficando a atuação do psicólogo no NASF resumida ao atendimento, atuando-se dessa forma “como uma atenção secundária”. Por outro lado, o autor diz que “há possibilidades de avanços se os profissionais entenderem o NASF como abertura de espaços, como incorporação da complexidade na Atenção Básica e estruturação de modelos (p.124).

No entanto, autores como Merhy e Queiroz (1993) apontam para dificuldades práticas que a rede básica enfrenta para realizar um trabalho a partir deste novo paradigma:

ao se observar concretamente a rede básica de serviços de Saúde presente no contexto atual da maioria dos municípios mais desenvolvidos, em termos sócio-econômicos do país, os principais pontos que se destacam referem-se, de um lado, ao sucesso significativo no que diz respeito à implantação de uma rede de serviços municipalizada e universalizada e, de outro lado, à extrema dificuldade de se libertar do predomínio da clínica individual, baseada no paradigma biológico, em favor da lógica da Saúde Pública. Embora o discurso da Reforma Sanitária incorporasse uma perspectiva mais holística da Saúde e da Medicina, na qual a dimensão clínica deveria se submeter ao controle de critérios coletivos e sociais no âmbito da Saúde, os fatos acabaram por confirmar a dificuldade de se implementar tal proposta (p.182).

De acordo com Koda (2009), “é na Atenção Primária que a proximidade com o território se dá de modo mais candente, lá onde os problemas da vida se misturam aos adoecimentos” (p. 71).

Encontramos outros trabalhos também que questionam a forma como este modo de trabalho, pode se conduzir, levando a uma “medicalização da vida cotidiana” (Traverso-Yépez, 2001 e Junior, K., 2007).

De acordo com Junior, K. (2007) ao se colocar frente à totalidade do processo saúde/doença, este modelo em certa medida passa a ser mais “aprisionador” em relação ao qual critica, ou seja, “essas propostas incorrem no risco de expansão ilimitada das oportunidades de intervenção sobre os indivíduos e coletivos por parte das instituições de Saúde” (p.70). O autor acrescenta ainda que “a Saúde como valor existencial nos envia a uma dimensão estético-ética fundamental da experiência humana, e que precisamente por isso deveria estar preservada de intervenções de cunho normativo, como são as intervenções terapêuticas” (p.71).

se é desejável que todos os indivíduos possam estender ao máximo suas aspirações, sem limitá-las à mera evitação de doenças, por outro lado é igualmente indesejável supor que é lícito estender a esfera de atuação do chamado “setor Saúde” à totalidade da vida, da experiência humana, numa medicalização mais radical do que a denunciada pelos pioneiros do campo há quatro décadas. Parece-me possível apontar exatamente este caráter na generalização da ideia de “Saúde” que passa a incluir quase que literalmente tudo, e a busca obsessiva de um viver saudável passa a ser tão dominada por essa ideia quanto se queira evitar. E mesmo do ponto de vista das políticas públicas, este “expansionismo sanitário” acaba se traduzindo no desvio de recursos da atenção à Saúde, onde legisladores e o Executivo (federal e estadual) propuseram que os mesmos fossem aplicados, para os mais variados tipos de programa de cunho assistencialista, já que “Saúde é tudo” (p. 71).

Nesse cenário, pensamos a questão da Promoção de Saúde no “contexto da Atenção Básica”, a qual de acordo com Koda (2009) pode ser “tomada em dimensão que considere os determinantes sociais do adoecimento e não apenas a intervenção sobre os estilos de vida; e a prevenção de adoecimentos que não se reduza ao discurso sobre o risco e a normatização de condutas” (p.72).

Autoras como Czeresnia (1999) e Marcondes (2004) também realizam essa discussão, na medida em que dizem que a conceituação “Promoção de Saúde” pode estar tanto vinculada às ideias conservadoras, como transformadoras, ou seja, enfatizando a responsabilidade dos grupos e indivíduos no contexto neoliberal em detrimento do Estado ou a favor da elaboração

de políticas públicas intersetoriais, com vistas à qualidade de vida. Nesse sentido, podemos encontrar discursos parecidos, que enfatizam a “Promoção de Saúde”, mas a partir de vertentes e posturas filosóficas divergentes:

provavelmente o que fará a diferença para a Promoção da Saúde entre ser um instrumento do neoliberalismo ou de igualdade social, de fato, seja a participação social. Com ela é que poderemos enfrentar a polissemia da “qualidade de vida”, a fim de movê-la da retórica vazia que atende a interesses privados na Saúde em detrimento de interesses públicos e, em especial, dos das classes populares, bem como defender que a participação social com esforço da ação comunitária e estímulo à autonomia dos indivíduos não se desdobrem em culpabilização da população, mas sim, numa oportunidade coerente para a quebra da exclusividade do “setor sanitário” e empresarial sobre a Saúde Pública (Marcondes, 2004, p.12).

Já no que se refere à inserção do psicólogo neste nível de atenção em nosso país, foi a partir de 1980 que se iniciaram os primeiros trabalhos, possibilitando assim uma aproximação com as vertentes sociais da medicina: a Medicina Social, a Medicina Coletiva e a Epidemiologia Social, contribuindo dessa forma para um trabalho mais condizente com a realidade brasileira (Spink, 2004).

A respeito do fazer do psicólogo nesse nível de Atenção, Koda (2009) o descreve da seguinte maneira:

O trabalho do psicólogo no campo da Atenção Básica envolve uma série de aspectos: a articulação daquilo que na formação é tradicionalmente construído separadamente (Psicologia Escolar, Clínica, Social, Institucional, do Trabalho etc); o aprendizado daquilo que muitas vezes não constou de sua formação (gestão de serviços, políticas públicas, Saúde Coletiva); o trabalho em equipe multidisciplinar; o desenvolvimento de ações intersetoriais; a construção de uma relação dialógica com a comunidade (p.72).

Recentemente, o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP, 2008) realizou uma pesquisa intitulada “Atuação dos Psicólogos em Serviços de Atenção Básica à Saúde”, em que a coleta de dados foi realizada por meio de um questionário aplicado aos psicólogos atuantes nos serviços de Atenção Básica em todo território nacional. Tais dados podem ser encontrados nos *sites* do CREPOP e do CRP. Até o momento foi divulgado o relatório descritivo¹² com os dados quantitativos. Desta amostra analisada (n=249), destacamos:

¹² Relatório disponível em <http://crepop.pol.org.br/publicue/media/ABS.pdf>. Soma dos percentuais diferentes de 100 em função de respostas múltiplas.

- a) “41,7%” dos psicólogos que responderam ao questionário pertencem ao “Estado de São Paulo”;
- b) “93,3% desenvolvem atividades de assistência/tratamento psicológico”; seguido de 70,8% de orientação/educação e 55% de avaliação psicológica;
- c) “42,5% afirmam que a atividade mais frequente em sua prática é o encaminhamento para serviços especializados”;
- d) “72,9% não encontram dificuldade na atuação nos serviços de atenção básica à Saúde”;
- e) áreas cobertas pelos serviços: 56,7% no controle de *diabetes mellitus*; 53,3% na Saúde bucal; 35,8% na Saúde da mulher, 35,0% no controle de hipertensão arterial; 35,0% na Saúde do idoso; 30,0% na Saúde do homem 30,0% na Saúde do adolescente; 24,6% no controle de tuberculose; 22,1% na Saúde Mental; 20,8% na eliminação de hanseníase; 18,3% na eliminação da desnutrição infantil; 19,6% em promoção de Saúde; 38,8% em outras áreas e 3,8% não responderam;
- f) pesquisa científica derivada da experiência: 75,4% responderam que não foi possível realizá-la, mas 69,2% disseram ter sido possível a “apresentação/publicação científica”. (CREPOP, 2008, p.5-9).

No entanto, como se trata de uma pesquisa em que os participantes que estivessem interessados deveriam responder ao questionário, podemos levantar como hipótese que os questionários respondidos foram dos psicólogos mais comprometidos com sua prática.

Dentro do contexto da Atenção Básica, passaremos agora a discorrer sobre a atuação em Unidades Básicas de Saúde. Pode-se dizer que a atuação do psicólogo em Unidades Básicas de Saúde se encontra em parte relacionada às ações de Saúde Mental, o que segundo Fernandes e Scarcelli (2005), ocorreu por meio da contratação de profissionais para comporem equipes de Saúde Mental, as quais foram integradas às equipes gerais das Unidades:

As Unidades Básicas de Saúde (UBS) ainda hoje conhecidas como Postos de Saúde surgiram na década de 1980 no contexto de organização dos serviços, como possibilidade de maior eficácia de tratamento (resolutividade nas questões referentes à Saúde). Com a responsabilidade de uma determinada área geográfica, às Unidades cabiam as ações básicas de promoção, prevenção e recuperação, utilizando-se, quando necessário, da referencia e contra-referencia aos outros níveis de atenção segundo a complexidade considerada em cada caso (Chiapinotto, Fait & Junior, M., 2007, p.159).

No trabalho realizado por Velasques (2003) a respeito das intervenções dos psicólogos em UBS, a autora conclui que falta elucidação a respeito do papel dos psicólogos, bem como preparo e identidade profissional. Além disso, mostra que há uma variedade de ações realizada por estes profissionais, que vão desde a participação na comunidade até o trabalho terapêutico individual. O atendimento psicoterápico aparece em primeiro lugar, seguido dos

trabalhos direcionados aos programas de “planejamento familiar, hipertensão, diabéticos, atendimento aos escolares, gestantes, puericultura, aleitamento materno, grupo de portadores de HIV, educação sexual, grupo de mães e bebês”, entre outros, revelando que a atuação abrange atividades não apenas do nível primário, mas também secundário, o que de acordo com esta autora, pode ser explicado pela “demanda” e “dificuldades do dia a dia”.

Autores, tais como Ronzani e Rodrigues (2006) e R. Silva (1992) também apontam em seus resultados uma falta de definição e contextualização em relação às atividades desenvolvidas pelos psicólogos na Atenção Básica:

a descontextualização desse modelo de atuação fica mais evidente nas Unidades Básicas de Saúde. Nessas instituições a priorização da clínica, restrita às atividades de consulta, tem tomado lugar das atuações integradas às atividades próprias ao nível de atenção esperado. Dessa forma, priorizam-se as ações individuais em detrimento das conjuntas em equipes (R.Silva, 1992, p.29).

Em outro trabalho realizado em Natal, Oliveira et al. (2004) ao entrevistarem psicólogos que atuam em Unidades Básicas de Saúde (UBS), concluíram uma desvinculação do trabalho com os princípios do SUS, com predomínio da atividade psicoterapêutica a partir de concepções individualistas e psychologizantes de problemas sociais, de modo a reforçar o modelo assistencial-curativo. Acrescentam ainda que as diretrizes do SUS (princípios de universalidade, equidade e integralidade) não se aplicavam na atuação do psicólogo: “o trabalho em instituições públicas de Saúde apresenta-se mais como uma possibilidade de relativa segurança financeira, que permite ao psicólogo alçar voos mais amplos na atividade que realmente o satisfaz profissionalmente: o consultório particular” (p.81).

Dimenstein (2001) realizou uma pesquisa com psicólogos que atuam em UBS nos municípios de Natal e Teresina e mostrou que as atividades desenvolvidas no primeiro município referem-se ao “atendimento clínico individual e atividades grupais e educativas”, enquanto que no segundo, há uma supremacia de “psicoterapia individual, aconselhamento psicológico e aplicação de testes”. Dados que, de acordo com a autora, aproximam o trabalho ao “modelo da clínica privada”, distanciando assim, de ações de Promoção de Saúde e multiprofissionais. Com isso, podemos verificar um predomínio de atividades que em muito se parecem ao trabalho clínico de consultório, sem as devidas contextualizações que um trabalho no serviço público demanda.

2.5 A escolha pelo serviço público e os órgãos de deliberação e formação

Conforme já explicitado, um dos motivos que contribuiu para a inserção do psicólogo no serviço público se relaciona com a crise econômica, o que nos leva a outra hipótese: a inserção de alguns profissionais talvez tenha se dado por conta da estabilidade e reserva de mercado, sem de fato se implicarem ou desejarem construir novas formas de relação, organização social e ideológica, como também participação social.

No trabalho de Dimenstein (2001) referente aos municípios de Natal e Teresina, o motivo que levou os psicólogos ao serviço público dirige-se à “inexistência de opções no mercado de trabalho local”. Borges et al. (2005) também entrevistaram psicólogos de Natal, sendo que mais da metade deles informou ter ingressado na Saúde Pública por questões econômicas e para ter emprego e salário fixos.

Em oposição a esses resultados, Rutsatz e Câmara (2006) ao realizarem uma pesquisa no Rio Grande do Sul, constataram que a maior parte dos psicólogos entrevistados se interessaram pelo serviço público devido “as práticas e vivências acadêmicas em setores ligados à Saúde Pública”, já a minoria respondeu questões ligadas à “estabilidade financeira” e à “ênfase dada na formação”. Disto, podemos destacar a relevância dos estágios na Saúde Pública, por exemplo, na escolha e prática profissional posterior à formação. Prova disso, é que nessa pesquisa as autoras mostram que, de acordo com os entrevistados, “os estágios são muito importantes, bem como a participação em cursos, palestras e congressos que tratam deste tema” (p.58).

Tendo em vista o exposto acima, outro ponto que merece ser abordado refere-se aos órgãos de formação acadêmica, de modo a saber o quanto eles têm mudado frente às mudanças sociais e políticas, trazendo novos modos de se pensar e fazer.

Oliveira (2005) pontua que, com o SUS, foi possível a consolidação da Psicologia enquanto profissão de Saúde, sendo que discussões referentes ao seu papel e sua ação em diferentes níveis de atenção se tornaram presentes nas entidades representativas, com vistas à contribuição da Psicologia. A autora destaca os fóruns de discussão de entidades acadêmicas e de representação profissional referentes à necessidade do desenvolvimento de novas modalidades de ação da Psicologia para um trabalho de acordo com o contexto da Saúde Pública: “mudanças sociais e dos indivíduos, para resgatar a cidadania dos usuários e para fazer da Psicologia uma profissão que pudesse ser referenciada por sua possível ação

transformadora” (p.23).

a consolidação da Psicologia como uma profissão de Saúde Pública representa uma crença em sua potencialidade como instrumento de transformação e o reconhecimento de fatores subjetivos, emocionais, enfim, da história e das condições de vida dos usuários como determinantes dos quadros de Saúde e doença da população. Contudo, esse discurso ainda não repercutiu significativamente na cultura profissional e leiga que permeia a atuação do psicólogo, já que as mudanças nos padrões de atuação ainda não são consistentes o suficiente para mudar as feições da prática psicológica no Brasil (Oliveira et al., 2005, p.282).

Em relação às mudanças no modelo de trabalho, vemos que as discussões realizadas nos últimos anos pelos órgãos representativos da Psicologia enfatizam o trabalho em grupo em detrimento do individual, havendo um posicionamento de que na Saúde o psicólogo não deve atender individualmente.

Contudo Oliveira et al. (2005) mostram que tais mudanças não parecem ter se desdobrado na prática do profissional que está no dia a dia do serviço: “é possível que as mudanças nos referenciais teóricos e nas práticas não tenham passado de um discurso no seio das entidades representativas, sem repercussão para os profissionais que atuam na rede” (p.32).

Ressaltamos que tais discussões se contrapõem ao atendimento clínico tradicional. Dessas, citamos o I Fórum Nacional realizado pelo CFP em 2006, cujo tema foi “Psicologia e Saúde Pública”, em que se elaborou uma cartilha com contribuições técnicas e políticas, com vistas aos avanços no SUS. Spink e cols. (2008) também realizaram uma pesquisa, a qual resultou na confecção de um livro intitulado “Psicologia em Diálogo com o SUS”.

Vemos inúmeros trabalhos (Ronzani & Rodrigues, 2006; Hoenisch, 2004; Dimenstein, 1998, 2001; Pombo de Barros & Marsden, 2008) a respeito da deficiência na formação em Psicologia, quanto às políticas de Saúde. Destes, destacamos:

a Psicologia, como disciplina relevante nas questões de Saúde, necessita de reformulação de suas ações tradicionais, que, muitas vezes, implicam uma perspectiva prática isolada e desarticulada de lidar com o ser humano. Em virtude da formação tradicional na Psicologia, a prática profissional é predominantemente marcada por questões teórico-práticas limitadas às terapias terapêutico-curativas, com predominância da Psicologia Clínica, o que leva a um reducionismo da compreensão do processo saúde-doença ou a uma “psicologização” desse fenômeno (Ronzani & Rodrigues, 2006, p.135-136).

Atentamos nesse momento para uma breve distinção entre atendimento individual e

psicoterapia, visto que a psicoterapia pode ser individual, mas não necessariamente um atendimento individual seja psicoterapia. Pensamos ainda ser necessário atrelarmos a crítica ao trabalho do psicólogo “individualizante” com outra discussão, fortemente marcada na Psicologia referente ao individual e ao social. O primeiro termo refere-se às críticas dos trabalhos em que se considera o indivíduo de forma abstrata, isolada, natural, enquanto que o segundo considera o ser humano inseparável do social, sendo a Psicologia, dessa forma, sempre social (Freud, 1921/2006). Estando de acordo com essa distinção, levantamos como questionamento se um trabalho em grupo, embasado na primeira visão pode ser individualizante, ou se ainda do mesmo modo, um trabalho individual pode rompê-la:

a diferença entre Psicologia Individual e Social não reside no âmbito particular que abarcam uma e outra, mas sim no modelo conceitual que cada uma delas utiliza, assim pode-se estudar a Psicologia do Grupo (âmbito sócio-dinâmico) – por exemplo – com um modelo da Psicologia Individual, tanto como se pode estudar o indivíduo (âmbito psicossocial) com um modelo de Psicologia Social (Bleger, 1984, p.34).

Para o autor, seria, então, possível rompê-la. Não sendo suficiente, portanto a formatação do atendimento e sim o modo de executar, a abordagem.

Por outro lado, devemos salientar o envolvimento ético dos profissionais, enquanto atores envolvidos neste processo e luta por outro modelo de Saúde:

(...) compromisso dos atores envolvidos com o processo político de consolidação do SUS, com a crítica das práticas, das instituições e da organização do setor, no sentido de superar a fragmentação da atenção e de produzir novos valores, capazes de “forjar” novos conhecimentos, novas práticas e atitudes capazes de responder ao sofrimento humano (Dimenstein & Santos, 2005, p.95).

3. Justificativa

A atuação do psicólogo no SUS tem aumentado nas últimas décadas, como tratamos anteriormente. Tal prática, como qualquer outra, precisa ser observada e analisada, a fim de levantar questionamentos, contribuindo para o avanço dessa discussão/atuação.

Todavia, constatamos que há uma escassez de produção científica na área da Psicologia referente à atuação na Atenção Básica, tanto por parte dos pesquisadores, como dos trabalhadores (CREPOP, 2008; R. Silva, 1992). Além da ênfase dada aos serviços de reabilitação por parte da Psicologia, podemos levantar como uma das hipóteses de que pouco tempo resta aos trabalhadores para sistematizarem e divulgarem suas experiências devido à grande demanda no serviço público. Em meio a isso, destacamos que muitas dessas experiências se perdem em meio a tantas críticas. Neste sentido, pretendemos com este trabalho abrir espaço ao que se tem produzido, por meio do relato dos profissionais.

Sendo assim, torna-se fundamental pesquisar aspectos a respeito das práticas do psicólogo neste nível de Atenção, direcionando assim, o olhar do trabalho do psicólogo na Saúde para além do Hospital e da Saúde Mental (*lato sensu*).

Em levantamento bibliográfico realizado, constatamos que muitos são os trabalhos (Hoenisch, 2004; Oliveira et al., 2004; Dimenstein, 1998, 2000), a apontar como fator responsável pela atuação desfavorável nas equipes de Saúde, a formação do psicólogo, pois se valoriza o trabalho individual, em detrimento de um enfoque coletivo, favorecendo assim, com que os profissionais realizem uma transposição do modelo particular para o contexto público (Pombo de Barros & Marsden, 2008; Dimenstein, 2000, 2001; Oliveira et al. (2005). Por outro lado, vemos que mudanças para uma formação condizente com a realidade nacional têm sido discutidas pelos órgãos representativos da Psicologia.

No entanto, mostramos no desenvolver dos tópicos, que inúmeros outros fatores entram em jogo quando se trata do cenário institucional público, tais como fatores organizacionais, políticos, econômicos, históricos e ideológicos.

4. Objetivos

Com o intuito de possibilitar discussões acerca das práticas do psicólogo na área da Saúde, que orientem para que esta seja comprometida com a realidade brasileira, a presente dissertação tem como objetivo geral conhecer como os psicólogos inseridos em Unidades Básicas de Saúde veem o trabalho que realizam, ou seja, como é a prática dos psicólogos de acordo com seus próprios relatos e, num momento posterior, discutirmos o que deste trabalho do psicólogo é possível depreender destes relatos, a fim de trazer a tona essa discussão e por meio das práticas trazidas pelos trabalhadores, problematizá-las no âmbito da Psicologia e da Saúde.

Como objetivos específicos, pretendemos: a) discorrer a respeito da trajetória profissional dos entrevistados; b) descrever as práticas profissionais; c) discutir a respeito do trabalho em equipe; d) verificar quais são as especificidades do psicólogo e; e) saber qual avaliação os profissionais têm a respeito de seu trabalho.

5 Percurso Metodológico

Tendo como objeto de estudo o relato dos próprios psicólogos sobre as suas práticas profissionais no contexto das Unidades Básicas de Saúde, entendemos que a escolha metodológica que guiará a busca deste conhecimento vá além da mera aplicação de técnicas, ilustrando o posicionamento do pesquisador para com seu objeto e sua relação com o meio, indissociado de sua visão de homem e mundo. Nossa concepção de homem se apoia em Bleger (1982), que enumera algumas características específicas ao ser humano: “natureza humana”, “ser concreto”, “ser social”, “ser histórico”, “meio ambiente (social)”, “conhecimento da condição de ser humano, socialmente condicionado”, “produtor de seus meios de subsistência” (que por sua vez “cria a matriz fundamental de todas as relações humanas”).

Bleger (1982) enuncia uma confusão que comumente se faz entre método e objeto e entre subjetivo e objetivo. De acordo com seu ponto de vista, o saber científico carrega consigo o caráter objetivo, de objetos reais, o que faz com que fenômenos subjetivos e objetivos, possam ser estudados com o rigor científico, ou seja, objetivamente.

Este autor ressalta que não há métodos objetivos “puros”, haja vista que de alguma forma há sempre um momento subjetivo, o que faz com que o método objetivo seja uma “relação entre objetivo e subjetivo em um processo de interação dialética”, não sendo possível ao subjetivo existir de forma isolada de um contexto objetivo. Acrescenta ainda que, *“el método científico no depende de que el fenómeno sea exterior o interior, sino de la situación que se estructura como condición científica”* (p.233-234).

Ainda no que refere à objetividade, o autor enfatiza que a maior objetividade é alcançada quando se admite a relatividade do conhecimento, sendo que para isso é esperado que se analise “a priori o conceito ou esquema referencial com o qual pensamos, percebemos e atuamos”.

Deste modo, em nosso trabalho consideraremos as inter-relações, mas com um recorte privilegiado, apresentando apenas um modo de visualizar e interpretar os dados, pois não pretendemos com este estudo abarcar todos os fenômenos relacionados à temática estudada, estando assim, de acordo com Bleger (1982), que não nega a abrangência e totalidade dos fenômenos, mas considera que nenhuma ciência por si alcance tal feito, sendo este recorte necessário ao direcionamento e desenvolvimento das pesquisas científicas, visto que *“todos*

los fenómenos están estrechamente interrelacionados y, para poder estudiarlos científicamente, tenemos que efectuar una cierta segmentación de los mismos; procedimiento que no tiene que ser nunca perdido de vista para poder valorar correctamente los resultados de una investigación” (p. 215).

Salientamos também o “caráter dinâmico da investigação”, em que por meio das hipóteses iniciais surgem novas questões, as quais são refutadas ou consideradas, colocando outras questões em aberto.

Turato (2008) diferencia as principais características entre os métodos qualitativos e quantitativos. Optamos nesse trabalho pelo método qualitativo, que se mostrou adequado a responder aos nossos propósitos. Algumas características referentes a este método são: “paradigma fenomenológico”; “atitude científica na busca compreensiva do Homem”; “objeto de estudo como sendo os fenômenos humanos apreendidos”; “objetivos da pesquisa referentes à apreensão e interpretação da relação de significações de fenômenos tanto para os indivíduos como para a sociedade” e “desenho do projeto com recursos abertos e flexíveis” (p. 156-157).

A pesquisa qualitativa comumente é vista como uma busca compreensiva do objeto, em que o foco se dirige à “ ‘significação’ que tal fenômeno ganha para os que o vivenciam” (Turato, 2005), em detrimento das pesquisas realizadas nas chamadas “ciências naturais”, que em geral buscam explicações “causalistas, monocausalistas e unidirecionais”.

Inúmeros são os autores que escrevem a respeito desta metodologia (Denzin & Lincoln, 2006; Minayo, 2008; Turato, 2008¹³) e vemos que não há regras fechadas que sirvam como receitas de como conduzir a pesquisa para se chegar a um resultado esperado; até mesmo porque o caminho é trilhado pelos passos do pesquisador que a priori não sabe os rumos e o que encontrará em campo, revendo suas hipóteses iniciais com a emergência de novas perguntas no decorrer do processo, ou seja, deve-se haver uma flexibilidade, considerando que o objeto de estudo são humanos que sentem, pensam e opinam, estudados por humanos que também sentem, pensam e opinam. Nessa direção, Bleger (1982) aponta que “(...) *la investigación no se compone solamente de manipulaciones, sino que siempre interviene el ser humano con sus categorías de pensamiento, su personalidad total, sus reacciones frente al objeto, su ideología, etcétera*” (p. 218).

Deste modo, no método adotado neste trabalho, consideraremos as relações humanas em interação, sendo o pesquisador visto como parte integrante, ou seja, “*no se puede llegar a*

¹³ Turato (2008) faz ainda uma “particularização” e “refinamento dos métodos qualitativos” por meio do “método clínico-qualitativo”, o qual se dirige aos “*settings* das vivências em Saúde”.

una ciencia del hombre, sin el hombre. Sin el hombre estudiado y sin el hombre que estudia” (Bleger, 1982, p. 236).

Turato (2005) também considera relevante a postura do pesquisador neste método, em que diferente do paradigma positivista, este não é visto como alguém “neutro”, pois suas implicações pessoais estão presentes desde a busca do que se pretende investigar, o que faz com que, no momento da coleta e análise de dados, devem ser consideradas também as relações de transferência e contra-transferência, tão bem descritas por Freud¹⁴, entre o pesquisador e o objeto de pesquisa. Ou seja, os aspectos subjetivos implicados não são descartados, e é por meio desta constatação que se busca a objetividade dos dados, considerando estes, como dados importantes no desenvolvimento da pesquisa. Com isto:

no hay observador totalmente objetivo en ninguna disciplina científica, y la máxima objetividad se alcanza incluyendo al observador como una de las variables que condiciona el fenómeno que se está observando (...) el observador participante nunca está fuera del campo que condiciona los fenómenos (Bleger, 1982, p.228).

No entanto, o autor coloca como ponto de extrema importância, elucidar com quais pressupostos se realiza a observação: “nunca poderemos realizar uma investigação livre de suposições, livre de finalidades ou de objetivos” (Bleger, 1984, p. 86).

Tal fato se mostra de acordo com Minayo e Deslandes (2002), as quais ressaltam que o conhecimento científico deve ser considerado dentro da realidade, não podendo estar acima ou fora desta. Bleger (1984) também defende a posição de que “a prática não é uma subalterna da ciência, mas sim seu núcleo ou centro vital; e a investigação científica não tem lugar acima ou fora da prática, mas sim dentro do curso da mesma” (p.32). Neste sentido, fazemos um adendo referente ao próprio problema de pesquisa que nos guia tal investigação, o qual surgiu por meio da prática profissional desta pesquisadora.

Para Minayo (2008), o método qualitativo:

é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (p57).

Ainda de acordo com a autora citada acima, cientista social, e um dos nomes

¹⁴ Para um melhor aprofundamento nestes conceitos, consultar Freud, S. (1912) *A dinâmica da transferência*. In: Freud, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud*. Tradução de Margarida Salomão, vol. XII, Rio de Janeiro: Imago, 2006 e Bleger, J (2006) *Temas de Psicología (entrevistas y grupos)*. Buenos Aires: Nueva Visión.

expoentes no que se refere à pesquisa qualitativa, em especial, no campo da Saúde, deve-se considerar a “historicidade de tudo o que é humano”, o que vemos como fundamental na elaboração da pesquisa e análise dos dados, haja vista a construção das formas de relação determinadas historicamente e por isso, dinâmicas.

5.1 Participantes

Foram utilizados dois critérios para os sujeitos que compõem este estudo, a saber: a) ter formação em Psicologia ; b) trabalhar em Unidade Básica de Saúde.

De início, participariam do presente estudo oito psicólogos de uma cidade localizada na região metropolitana de São Paulo. Ressalta-se que esse número corresponde a 100% dos psicólogos inseridos em UBS dos 52 psicólogos da Saúde, de acordo com os dados obtidos pela Secretaria de Recursos Humanos deste município, na época em que foi feita esta solicitação no ano de 2008. No ano de 2009, momento em que iniciamos a coleta de dados, solicitamos outra tabela¹⁵ para atualização das informações, considerando a mudança de gestão na cidade, por conta das eleições de prefeito e vereadores.

No contato com os participantes para iniciarmos a coleta de dados, dois psicólogos não se encontravam mais nas Unidades e um não se dispôs a participar, alegando que atualmente está na função de encarregado da Unidade, não exercendo desta forma o cargo de psicólogo¹⁶. Tentamos contato com outros dois psicólogos, mas estes alegaram que não poderiam participar do estudo, pois não havia horários disponíveis em suas agendas. Deste modo, realizamos três entrevistas, com os que se dispuseram a participar.

5.2 Local

UBS's de um município do Estado de São Paulo. As unidades em que foram realizadas as entrevistas se localizam nas regiões periféricas desta cidade.

¹⁵ As tabelas não serão anexadas, pois constam os nomes dos profissionais.

¹⁶ Consideramos esse breve relato já como sintoma de algo, como se o psicólogo que ocupa um cargo de chefia, tenha que deixar de ser psicólogo, o que pode ser visto como uma fragilidade na identidade profissional.

5.3 Instrumento

Os instrumentos em um trabalho de pesquisa servem como mediadores entre os marcos teórico-metodológicos e a realidade empírica (Minayo, 2008), ou seja, *“la técnica es el punto de interacción entre la ciencia y las necesidades prácticas es así que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o possibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica”* (Bleger, 2006, p.9).

Optamos pelas entrevistas, para que estas sirvam como ilustrações ou refutações dos aspectos teóricos desenvolvidos ao longo dos capítulos, ou seja, buscaremos nas entrevistas sustentação por meio das práticas, para a discussão teórica, tendo como alvo as práticas profissionais relatadas pelos próprios psicólogos. Para tanto, elaboramos um roteiro de entrevista (Apêndice A), em que as temáticas se versam sobre a trajetória profissional, o cotidiano e avaliação do trabalho. Acreditamos que pela prática profissional, por meio da perspectiva do entrevistado, é possível ter conhecimento do trabalho em equipe e da população atendida.

Entendemos o roteiro de entrevista, de acordo Minayo (2008), como um guia de uma conversa com um objetivo a ser atingido, por meio de uma lista de temas, a fim de compreender o ponto de vista dos atores sociais, de modo também a facilitar o surgimento de novos temas durante sua realização. Neste trabalho utilizamos a entrevista semiestruturada, sendo que neste tipo de entrevista é possível a flexibilidade nas conversas e apoio claro na sequência das questões. Um ponto de atenção é para que a conversa priorize a experiência em detrimento de perguntas a respeito de conceitos, de modo a produzir narrativas de vivências, bem como as interpretações dadas pelo entrevistado e sua visão sobre as relações sociais em questão, ou seja, possibilita ao entrevistado a liberdade de expor o tema sem ficar restrito à pergunta colocada. Em outras palavras, refere-se às informações que se relacionam diretamente ao entrevistado e à reflexão deste a respeito da realidade que vivencia, traduzindo-se em uma representação da realidade. Com isto, salientamos também que perguntas não previstas podem ser feitas de acordo com o que for dito pelo entrevistado, não sendo desta forma, algo fechado, diferente, por exemplo, de um questionário. A autora acrescenta:

A fala deve ser reveladora de condições estruturais, de sistema de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e, ao mesmo tempo, ter a magia de

transmitir, por meio de um porta-voz, as representações grupais, em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (p. 204).

Contudo, Turato (2008) discute o termo “estrutura” em entrevistas, partindo do princípio de que estrutura, todas têm. Com isto, o autor introduz a palavra “dirigida”, no sentido de guiar, dar a direção, sendo esta direção dada não somente pelo entrevistador, mas também pelo entrevistado, denominando esse modo de entrevista, o qual foi realizado neste trabalho, como entrevista “semi-dirigida de perguntas abertas”.

o pesquisador pode retomar pontos já abordados pelo entrevistado, caso não tenham sido claramente expressos – fato que caracteriza uma alternância de diretividade. Quando um ponto foi adequadamente abordado, o entrevistador introduz então outros tópicos, em concordância com o que foi incluído no projeto de pesquisa. O pesquisador verifica quais tópicos ainda não foram abordados e então os propõe de uma maneira neutra e aberta. Estas perguntas refletem naturalmente os objetivos específicos da pesquisa que tinham sido definidos, sempre em correspondência com as hipóteses inicialmente formuladas. Não se espera que o tema e seus subtemas sejam propostos a diferentes entrevistas da mesma maneira. As perguntas e o modo como são expressas variarão obviamente de acordo com características pessoais de cada informante (Fontanella, Campos & Turato, 2006, p. 178).

As entrevistas foram gravadas e transcritas literalmente. O material se encontra arquivado com a pesquisadora e não será anexado neste trabalho, respeitando a privacidade de não identificação de cada entrevistado.

5.4 Procedimentos

Inicialmente, delimitamos o município e realizamos um levantamento junto à Secretaria Municipal de Saúde de quais locais havia psicólogos inseridos em UBS.

O Projeto de Pesquisa foi apresentado ao Comitê de Ética da Secretaria de Saúde desta prefeitura, sendo aprovado, com registro na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)- CAEE-0025.0.353.000-08.0.

No entanto, a aprovação ocorreu em um ano eleitoral em que a gestão da cidade mudou de partido e quando, no ano seguinte, fomos iniciar a coleta de dados, foram necessárias novas aprovações por parte da atual gestão.

Após tal aprovação, solicitamos outro levantamento de dados em relação ao número de psicólogos e locais de trabalho, para atualização dos dados.

Em seguida, iniciamos os contatos com os psicólogos para serem marcados horários e aos que se dispuseram a participar do trabalho foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (vide apêndice B) para que estes assinassem, e tivessem conhecimento da proposta de pesquisa. Assim, começamos as entrevistas, gravadas e realizadas no próprio local de trabalho dos psicólogos.

5.5 Análise dos Dados

Os dados serão analisados de forma qualitativa. A análise do trabalho do psicólogo nas instituições será sustentada a partir de Bleger (1982, 1984) bem como dos trabalhos, livros e relatórios publicados no âmbito da Psicologia a respeito da atuação do psicólogo na Saúde Pública, conforme já citados nos capítulos apresentados.

Um ponto que nos atentaremos refere-se à comunicação, que de acordo com Bleger (1982):

la comunicación (verbal e preverbal) tiende a estereotiparse con mucha facilidad, y cada individuo o grupo llega a tener un cierto repertorio, más o menos fijo, de técnicas de comunicación, que limitan pero que al mismo tiempo controlan la comunicación (p.111).

O autor considera também toda conduta como um papel (sendo que pode haver um “interjogo de papéis” ou “estereotipia de papéis muito fixos”), o qual tem uma função social, e de certa forma, limitada em cada cultura, sendo que frequentemente, tanto na sociedade, como nos grupos e indivíduos, se tende a “canalizar” e “organizar” a conduta de “forma rotineira”.

Destacamos que apesar de não ser o propósito do trabalho o estudo institucional, não podemos perder de vista este âmbito em duas vertentes. A primeira delas é que as práticas profissionais analisadas se dão em instituições (de Saúde) e a segunda é considerar a própria Instituição Psicologia, em que a profissão do psicólogo se vê institucionalizada, conforme já esboçamos anteriormente no estudo da arte. Sendo assim, as práticas serão analisadas a partir do trabalho individual de cada profissional, mas considerando sua inserção em um contexto institucional.

No que se refere à Instituição, nos atentaremos: se os conflitos são explicitados e como

são resolvidos, se há estereotipia, confusões, ambiguidades e quais os problemas apresentados; sendo que tais situações podem se dar de modo manifesto ou latente (Bleger, 1984).

Outro ponto que o autor destaca é o das questões psicológicas que estão envolvidas nas questões institucionais, uma vez que considera a “Instituição” como “depositária das partes psicóticas”, com uma “tendência à institucionalização”:

toda Instituição não é só um instrumento de organização, regulação e controle social, mas também, ao mesmo tempo, é um instrumento de regulação e de equilíbrio da personalidade e, da mesma maneira que a personalidade tem organizadas dinamicamente suas defesas, parte destas se acham cristalizadas nas instituições (p. 55).

Desse modo, podemos pensar nessa relação tanto nos usuários (população), como nos profissionais:

as organizações institucionais tendem a ser depositárias das partes mais imaturas da personalidade ... nas suas funções ou formas mais estereotipadas. Por isso, estas últimas são as que oferecem a máxima resistência à mudança porque esta significa, ao mesmo tempo que uma mudança na Instituição, uma mudança na personalidade (em sua parte mais imatura, imobilizada justamente na rotina dos hábitos e automatismo) (p. 58).

Podemos verificar esse grau de maturidade, por exemplo, na discriminação ou não dos papéis, que corresponderia às estruturas de um grupo primário, e que pode subsidiar na análise referente à relação entre os profissionais de uma equipe:

no grupo primário existe uma forte ambiguidade de papéis e *status* dentro da Instituição; no grupo estereotipado esta ambiguidade tende a ser “resoluta” ou compensada com uma forte formalização (como formação reativa), a qual leva implicitamente a intensas segmentações e incomunicações. O grupo primário é um grupo no qual predominam as identificações projetivas maciças (participação), um *déficit* na diferenciação e identidade de seus membros; seu molde é do grupo familiar, que se continua na Instituição como um grupo de pertença forte, mas como um grupo de tarefa muito débil, que se vê constantemente comprometido por situações conflituosas fortemente emocionais (p. 59).

Salientamos ainda que, apesar de termos exposto na revisão literária referências do Ministério da Saúde e mesmo transcrições literais da Lei do SUS, não a trataremos como dados brutos para análise, pois não acreditamos que a mera transposição destes objetivos não se aplicam à prática, somente pelo fato do profissional da Saúde desconhecer-la. Partimos do

princípio de que tais leis também sejam merecedoras de análise contextuais, o que não é nosso objetivo, mas sabemos que as diretrizes definidas em Leis dependem de muitas instâncias, interesses e ideologias até que se efetivem nas práticas profissionais, não sendo somente o conhecimento destas que a transformação automaticamente em práticas.

Serão considerados o contexto da produção das entrevistas e as observações anotadas pela pesquisadora em campo (Minayo, 2008).

A autora citada acima enumera três obstáculos enfrentados pelo pesquisador no momento da análise dos dados, os quais serão levados em conta:

a) ilusão da transparência (Bordieu): tentativa de interpretação espontânea e literal dos dados; b) magia dos métodos e técnicas: apego à técnicas em detrimento da essencialidade dos significados e intencionalidades; c) junção das teorias: referente à fase de interpretação, dificuldade na junção e síntese das teorias e dos achados em campo (p.299-300).

Ainda de acordo com Fontanella et al.(2006):

o investigador respeita a posição de *insider*, com fidelidade à fala destes entrevistados, interpretando os resultados de acordo com a própria lógica deles considerando as *relações de significado* que estabelecem. Consequentemente, isso permitirá gerar, de fato, um conhecimento original. A confrontação com os dados de literatura tem então uma função complementar, como uma estratégia de *triangulação teórica*. Mas nunca deve servir como ponto inicial da discussão, na qual a apresentação das citações, extraída do material das entrevistas, somente ajudaria a confirmar teorias já estabelecidas (p.175).

Os dados serão divididos em três núcleos estruturadores, os quais contêm categorias gerais e específicas (Zihlmann, 2009). Tanto os núcleos quanto as categorias foram criados de acordo com o objetivo do trabalho, e também por questões trazidas pelos entrevistados, que se mostraram relevantes para nossa discussão.

Tomaremos tal proposta como parâmetro norteador para análise, mas não como regra fechada, haja vista a relevância do potencial criativo do pesquisador nesta etapa da pesquisa, como já dito por Minayo (2008) e Turato (2008).

6 Resultados e Discussão

6.1 Contexto da Pesquisa

Não nos aprofundaremos na caracterização do município por conta da preservação da identidade das profissionais entrevistadas.

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2007¹⁷, estima-se que nesse município haja uma população em torno de 667.891 habitantes, sendo que o município abrange uma área de 175 km².

Na década de 1970, houve um momento de expansão e concentração de indústrias na região, com ênfase às áreas de metalúrgica e mecânica. No entanto, nos anos 90, muitas dessas indústrias saíram do estado de São Paulo, acarretando taxas elevadas de desemprego, passando de uma cidade com foco na indústria para o comércio.

6.2 O Município estudado e a Área da Saúde

No site da Prefeitura há uma pasta chamada Saúde, em que é possível encontrar informações referentes à Secretaria, à Equipe, ao Centro Hospitalar, à Vigilância à Saúde, aos Locais de Atendimento, aos Programas, aos Serviços, à Participação Popular, ao Comitê de Ética em Pesquisa e ao Conselho Municipal de Saúde.

Referente aos serviços, o município possui: 1- Ambulatório de Especialidades Cirúrgicas; 1- Ambulatório de Moléstias Infecciosas; 1- Casa da Gestante de Alto Risco; 1- Centro de Atenção à Saúde Mental; 1-Centro de Atenção Psicossocial à Infância (CAPS Infantil); 3- Centros de Especialidades ; 1-Centro de Especialidades Odontológicas; 1-Centro Hospitalar; 1-Centro de Orientação e Apoio Sorológico; 1-Centro de Referência Saúde do Trabalhador; 1-Centro de Saúde Escola (Centro de Espec. Pediátricas e Módulo Odontológico); 1-Centro de Reabilitação Municipal; 1-Departamento de Assistência à Saúde; 2-Departamentos de Vigilância à Saúde – (Gerência de Controle de Zoonose, e Gerência de Vigilância Sanitária e Epidemiológica); 1-Farmácia Popular; 3-NAPS-1, NAPS 2 e NAPS-AD; 1-Núcleo de Prevenção do Programa Municipal de DST/AIDS; Núcleo de Projetos Especiais - Programa de Internação; 3-Programas de Saúde da Família; 4-Prontos Atendimento; 3-Residências Terapêuticas (Mista-Feminina-Masculina); 1-Serviço de

¹⁷ Dados obtidos no site do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Consulta realizada em outubro de 2009.

Atendimento Móvel de Urgência; 1-Secretaria de Saúde; 1-Transporte para Tratamentos de Saúde; 28- Unidades de Saúde (seis com o PSF).

Dados do IBGE¹⁸ de 2005 sinalizam que há no município um total de 201 estabelecimentos de Saúde, sendo que destes, 49 pertencem à estabelecimentos públicos (nenhum de nível federal, 3 de nível estadual e 47 de nível municipal) e 152 a privados (sendo 148 privados com fins lucrativos e 4 privados sem fins lucrativos), e 8 estabelecimentos de Saúde privado -SUS.

Em relação às taxas de mortalidades¹⁹ no ano de 2008, teve-se um total de 1.587 óbitos, sendo 909 homens e 678 mulheres. No que diz respeito às causas: 241 por doenças infecciosas e parasitárias, 318 por neoplasias/tumores, 9 por doenças sanguíneas, órgãos hematológicos e transtornos imunitários, 48 por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, 1 por transtorno mental e comportamental, 22 por doenças do sistema nervoso, 266 por doenças do aparelho circulatório, 289 por doenças do aparelho respiratório, 138 por doenças do aparelho digestivo, 4 por doenças de pele e do tecido subcutâneo, 5 por doenças osteomuscular e tecido conjuntivo, 41 por doenças do aparelho geniturinário, 29 por doenças originadas do período perinatal, 2 por gravidez, parto e puerpério, 7 por malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas, 51 por sintomas, sinais e achados anormais em exames clínicos e laboratoriais, 107 por lesões, envenenamentos e causas externas, 9 por contatos com serviços de Saúde.

6.3 A Psicologia na área da Saúde do município estudado

O serviço psicológico é descrito pelo *site* como sendo um atendimento individual ou em grupo realizado por psicólogo efetuando trabalhos terapêuticos e Psicoterapias Breves, sendo que o tempo de espera para o usuário ser atendido pode durar até um ano. São exigidos: encaminhamento pelas Unidades de Saúde, para o Centro de Especialidades-2, agendamento com encaminhamento direto na Unidade, sendo necessário o Cartão SUS, RG e a Ficha de Encaminhamento Médico. Os locais de atendimento referem-se a Centros de Especialidades: adulto e infantil.

Há também um tópico nomeado como Psicossocial, em que é descrito como Atendimento individualizado, ou em grupo, realizado por Assistente Social, Fisioterapeuta,

¹⁸ Dados obtidos no site do IBGE. Consulta realizada em 30 de outubro de 2009.

¹⁹ No site consultado (IBGE) é colocado como morbidades hospitalares.

Fonoaudiólogo, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional²⁰, sendo os atendimentos de urgência imediatos e os de rotina, até 90 dias. A exigência é que tenha Encaminhamento pelas Unidades de Saúde e os documentos Necessários: Cartão SUS e Ficha de Encaminhamento Médico. Tais atendimentos são realizados em dois centros de especialidades, no centro de reabilitação, no centro de referência em Saúde do Trabalhador, nos três NAPS, no Núcleo de Projetos Especiais e em duas Unidades de Saúde.

Não há menção referente ao trabalho em UBS.

6.4 Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

Como já ressaltamos, as participantes não serão identificadas individualmente tendo em vista o sigilo profissional. Nesse sentido faremos uma apresentação geral, apenas com informações que possam ser úteis para nossa discussão. Nomearemos da seguinte forma: E1, E2 e E3.

Todas as participantes são do sexo feminino, com idade média de 50 anos e média de 17 anos de trabalho no serviço público na área da Saúde neste município. Uma delas relatou ainda experiências nessa área anterior a este período, em outro município.

As participantes não são recém-formadas e possuem uma longa trajetória de trabalho na área da Saúde Pública. Podemos ainda dizer que a formação inicial destas se deu em momentos em que as discussões sobre políticas públicas ainda estavam distantes dos cursos de Psicologia (Ronzani & Rodrigues, 2006; Hoenisch, 2004; Dimenstein, 1998, 2001; Pombo de Barros & Marsden, 2008; e Oliveira, 2005), sendo que a ênfase por muitos anos foi a área clínica tradicional (Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2003).

Duas entrevistadas (E1 e E3) são concursadas pela prefeitura, cumprem jornada de 40 horas semanais e participam do Programa Saúde da Mulher. O ingresso nesse programa foi precedido de um treinamento de capacitação para os funcionários das diversas áreas que comporiam essa equipe. A outra entrevistada (E2), que cumpre jornada de 20 horas semanais, é concursada de outra Instituição, parceira desta prefeitura. Referente a isso, E2 nos disse que estava contratada com carga horária de 40 horas semanais, no entanto passou a trabalhar 20 horas porque estava recebendo um salário correspondente a esta jornada. Todos os concursos realizados se direcionavam para a área da Saúde.

²⁰ Não é explicitado no *site* se este atendimento é feito pela equipe ou por um desses profissionais que compõem a equipe.

Apesar de o trabalho ser desenvolvido primordialmente no interior das Unidades, algumas atividades pontuais são desempenhadas em outros locais. Em relação a estes trabalhos externos: E1 compõe a Comissão de Planejamento Familiar, responsável por analisar os pedidos de laqueadura e vasectomia e a Comissão Ética de Planejamento Familiar; E2 participa de mutirões de Saúde; e E3 faz parte de um grupo de treinamento para atendimento a mulheres e crianças vitimizadas e realiza avaliações de vasectomia e laqueadura não apenas na Unidade que trabalha, mas de uma região delimitada por oito bairros, avaliações essas que são encaminhadas para a Comissão supracitada.

Antes de todas as entrevistas, foram realizados contatos telefônicos e uma conversa pessoal para explicação dos objetivos do trabalho, e, posteriormente, foi agendada outra data para a entrevista. Todas as entrevistadas mostraram-se dispostas e receptivas. As gravações foram realizadas na própria sala de atendimento de cada uma delas.

Com E1 foram gravadas duas entrevistas devido a problemas técnicos com o equipamento de gravação, sendo que algumas perguntas foram abordadas nas duas entrevistas. A sala era espaçosa, com ambiente agradável, e não sofremos nenhum tipo de interrupção. A Unidade de Saúde se localiza em um amplo prédio de dois andares, aparentemente limpo e cuidado, com instalações novas.

Com E2 foi realizada somente uma entrevista, em uma pequena sala e com ruídos externos, mas não sofremos nenhum tipo de interrupção. A Unidade de Saúde se localiza em um espaço térreo, aparentemente pouco cuidado e com algumas instalações antigas. Faz-se a ressalva de que todas se localizam em regiões periféricas, no entanto, a região em que se localiza essa Unidade é considerada como a mais periférica dentre as outras.

Com E3 também foi realizada somente uma entrevista. A sala era pequena, sem ruídos externos e sofremos uma interrupção de outra profissional que divide a sala com a entrevistada em horários diferentes. A Unidade de Saúde é conhecida como um Centro Escola, pois mantém parceria com uma Universidade de Medicina da região, em que alguns estágios se realizam neste local. Localiza-se em um amplo espaço térreo, aparentemente limpo, cuidado e com instalações novas.

O tempo médio das entrevistas foi de 60 minutos.

6.5 Os Núcleos e as Categorias de Análise

Como havíamos mencionado, brevemente, no Método, nossos dados foram divididos

em núcleos e categorias (unidades que compõem o núcleo). Tal construção se deu a partir da leitura das entrevistas, identificando aspectos convergentes, a fim de formatar conjuntos, já sinalizando nossa análise.

Assim, os núcleos que compomos são os seguintes:

A - *Prática Profissional do Psicólogo no SUS*; criado a partir de relatos ns quais identificamos referências ao trabalho do psicólogo na equipe de Saúde. Poderia ser a respeito da própria entrevistada ou seu comentário sobre as funções deste profissional. Com isso pretendemos relacionar o percurso às diversas atividades no cotidiano, refletindo sobre as expectativas e a atuação.

B - *Relação do Psicólogo com a população*; criado a partir dos relatos em que notamos indicação de quem o psicólogo atende naquela Unidade ou de quem ele deveria atender. Além da concepção do psicólogo acerca dessa população e, na perspectiva dele, a concepção da população acerca desse profissional. Com isso, é possível discutir quais relações se estabelecem nesse cenário.

C – *A construção do lugar da Psicologia na Saúde e suas conseqüências para a atuação*; criado a partir de relatos em que poderíamos discutir a relação entre as teorias, técnicas e práticas, ressaltando o lugar das teorias no embasamento da atuação do profissional, a fim de problematizar a Psicologia como Ciência e a identidade do psicólogo. Verificamos o modo como as entrevistadas abordavam a Psicologia, como ciência ou, negavam essa condição inserida na Saúde, tratando de elementos que poderiam ou não ser específicos do psicólogo.

Abaixo apresentaremos uma tabela com esta divisão dos núcleos, com suas categorias gerais e específicas.

Tabela 10 - Núcleos e Categorias de Análise

Núcleos	Categorias Gerais	Categorias Específicas
A-Prática Profissional do Psicólogo no SUS	A.1 Contextualização: percurso profissional do psicólogo na Saúde Pública A.2 Cotidiano de trabalho: as atividades atribuídas ao psicólogo A.3 Posição do psicólogo na equipe e trabalhando com a equipe	A.1.1 Expectativas e Motivações A.1.2 Trajetória profissional na Saúde Pública A.2.1 Confrontos entre a proposta de trabalho do psicólogo e do serviço A.2.2 Diversificação nas atividades: a prática do trabalho A.3.1 Comunicação entre os psicólogos da rede de saúde: importância dos encaminhamentos A.3.2 Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade: relação com outros profissionais
B-Relação do Psicólogo com a população	B.1 Imagens e Expectativas do psicólogo e da população B.2 Relações vinculares entre o psicólogo e a população	B.1.1 A população pela perspectiva do psicólogo B.1.2 O psicólogo pela perspectiva da população B.2.1 Psicólogo e População B.2.2 As dificuldades reconhecidas pelos profissionais
C-A construção do lugar da Psicologia na Saúde e suas consequências para a atuação	C.1 Diversidade x Homogeneização das práticas do psicólogo C.2 Psicologia e Instituições de Saúde	C.1.1. Especificidade do trabalho do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde C.1.2 Teoria e Técnica do Psicólogo: embasamentos para a prática. C.2.1 Possibilidades e Limites da Atuação.

Núcleo A- Prática Profissional do Psicólogo no SUS

A.1-Contextualização: percurso profissional do psicólogo na Saúde Pública

A.1.1.Expectativas e Motivações

A entrevistada E1 relatou que suas expectativas e motivações quanto a trabalhar nos serviços de Saúde Pública eram de atuar na área de prevenção, visto que teve experiências neste segmento desde a época da graduação:

E1 (...) trabalhar na área de prevenção, mesmo. Eu sempre gostei dessa parte e desde a faculdade fiz trabalho em cursinhos, trabalho de prevenção de crise do pessoal que prestava vestibular, fazia orientação vocacional, eu já fazia um trabalho desde a faculdade, preventivo.

Este fato, que ilustra a contribuição dos estágios para a formação acadêmica, corrobora com os achados de Rutsatz e Câmara (2006). Ao questionarmos sobre o trabalho de prevenção, esta referiu-se a atividades de orientação, “prevenção de gravidez”, DST e aconselhamento:

E1(...) eu, é, comecei fazendo trabalho nessa área de orientação, eu faço um trabalho inclusive agora, aos adolescentes, mais voltado para prevenção de gravidez na adolescência... mais nesse sentido de permitir que elas tragam algum conteúdo mais complicado, antes de não ter dado tempo da gente resolver, mas também trabalho muito é na prevenção de DST.

Um dos motivos que levou E2 ao ingresso na Saúde Pública refere-se à alta demanda de pessoas que buscam pelo atendimento, considerando-os como casos que “precisam de uma atenção diferenciada”.

E2 (...) objetivo de sempre estar com o paciente ... eu sempre vi o foco assim, eu, sendo um profissional que pudesse realmente trazer algo de benefício para as pessoas, independente de quem são essas pessoas, se é rico, pobre, preto, branco, é independente de raças sociais, credos religiosos... eu sempre foquei na satisfação, ou seja, o paciente entrar e sair satisfeito.

Já E3, nos disse que a princípio ficou “preocupada”, pois atuava na área escolar, com crianças autistas e com Síndrome de *Down* e o trabalho na área da Saúde com as mulheres foi “completamente diferente” do que fazia.

Deste modo, pelos relatos não presenciamos o ingresso no serviço público como uma forma de estabilidade financeira (Borges et al., 2005), nem o consultório particular visto como a meta a ser alcançada (Oliveira et al., 2004). Tomando as três entrevistadas e procurando traçar uma linha em comum, podemos dizer que aqui temos a diferença, pois E1 destaca a formação, E2 a alta demanda e E3 a mudança de segmento.

A.1.2 Trajetória Profissional na Saúde Pública

Apenas E3 se mantém no mesmo local de trabalho desde o seu ingresso:

E3 (...) eu estou aqui há nove anos e meio e assim eu faço serviço de acolhimento a Saúde da Mulher...Desde que a gente, quando eu vim para a prefeitura, a gente recebeu treinamento para fazer essa acolhida à mulher, então meu trabalho foi preparado, fui preparada para este tipo de atendimento.

E1 iniciou o trabalho em Postos de Saúde e foi transferida para a Unidade atual por conta de um desentendimento com o gestor da Saúde Mental da época. Dentre as atividades realizadas nestes outros locais estão: atendimentos a pacientes de tuberculose e hanseníase e na área de Saúde Mental.

A segunda entrevistada, E2, ingressou primeiramente na Unidade que atua agora, mas posteriormente foi para outro local e depois retornou para esta Unidade. Refere-se que seu trabalho sempre foi em “Saúde Pública”, tendo realizado projetos de Glaucoma e Catarata nos municípios próximos.

Apesar dessas mudanças, vemos que há uma estabilidade nos locais de serviço, o que se mostra favorável à continuidade dos trabalhos realizados.

A.2 Cotidiano de trabalho: as atividades atribuídas ao psicólogo

A.2.1 Confrontos entre a proposta de trabalho do psicólogo e do serviço

Neste item, nosso foco será a análise dos relatos referentes a conflitos existentes entre o trabalho do psicólogo e as instâncias participantes do serviço; seja a proposta institucional, sejam os gestores ou, ainda, a própria equipe.

Verificamos que a entrevistada E1 relatou sua transferência no trabalho, como mencionamos anteriormente. Tal mudança ocorreu pelo fato da mesma, juntamente com sete psicólogos, discordarem da gestão do coordenador de Saúde Mental da época, o qual direcionou o trabalho dos psicólogos somente ao atendimento de psicóticos graves. Fato este que causou discordâncias entre os profissionais da Psicologia, levando o coordenador a propor àqueles que não estivessem de acordo, que fossem transferidos para outros serviços. Conforme o relato da psicóloga, o gestor veio de outro município e desconsiderou a realidade de alguns moradores deste município, pois era um momento em que as pessoas estavam perdendo emprego e havia muito sofrimento para elas. A posição dos psicólogos contrários ao gestor era que essas pessoas também precisavam de atendimento e não somente psicóticos graves:

E1(...) foi uma época de transição, que estavam fechando os hospitais psiquiátricos, então eles achavam que não deveria ter mais atendimento ambulatorial, que eles alegavam que tinha que atender pacientes graves e psicólogo era muito resistente que só atendia às histéricas e que não queria atender paciente grave e não era isso, a gente entendia que o sofrimento não estava apenas no doente mental, que havia sofrimento em outras pessoas, como na época que estava havendo o desemprego e isso, as pessoas, é importante, algumas ficavam deprimidas, têm uma família para sustentar, a gente não via exclusivamente o doente mental como a pessoa a ser atendida, a gente priorizava também o atendimento ambulatorial, não só NAPS, no Hospital-Dia, tinha algumas coisas sérias na época.

Vemos acima que, nesse caso, os psicólogos levaram em consideração a necessidade emergente. Deste modo, não “selecionaram” os pacientes que estavam próximos à “cultura psicologizante”, mas também não “priorizaram” os “psicóticos”, o que se mostra contrário a Vasconcelos (2004), cujo estudo aponta para a priorização da “clientela considerada como psicótica”. Isso nos mostra a importância de ponderar as situações em sua singularidade, para que as críticas ao trabalho do psicólogo não se baseiem em generalizações estereotipadas.

O exposto também exemplifica a discussão apresentada em Bock (1999), R.Silva (1992) referente ao direcionamento da Saúde Mental aos pacientes graves em detrimento de um atendimento abrangente aos outros níveis de atenção. Contribuindo para a imagem sustentada (muitas vezes) pela própria organização dos serviços vinculados à Saúde Mental – dirigida aos psicóticos – e, o psicólogo, acaba por se distinguir dos profissionais de Saúde em geral (Traverso-Yépez, 2001).

A denominação Saúde Mental que é usada pela maioria dos profissionais psicólogos que trabalham na área de Saúde Pública apresenta alguns problemas. Em determinado momento, o aparecimento do termo Saúde Mental foi considerado um avanço, pois colocou o foco em questões que não eram tratadas e desta maneira adquiriram visibilidade. No entanto, quando pensamos a situação atual da Atenção Primária, o termo Saúde Mental causa certa tensão, pois reafirma a separação entre mente e corpo, favorecendo certa dissociação no tratamento das questões. Desta maneira, apesar de continuarmos utilizando o termo Saúde Mental, estamos tratando do mental presente na questão saúde-doença. (Gama, 2009, p.103).

As implicações dessa construção fazem com que os casos não considerados agudos ou crônicos fiquem sem referência quanto ao local de acompanhamento. Bleger (1984), ao tratar de psicoprofilaxia, aborda essa suposta fragmentação:

devemos esclarecer, ainda mais, o fato de que “psicoprofilaxia” não significa prevenção ou profilaxia das doenças psíquicas (o que é um absurdo) e sim de que se deve definir como o emprego dos recursos psicológicos para prevenir as doenças...a psicoprofilaxia, definida desta maneira, é uma parte da Saúde Pública e da Higiene em geral e não só da Higiene Mental (p. 75).

O autor trata assim de esclarecer que o trabalho do psicólogo está situado para além da restritiva atuação em Saúde Mental, compõe – sem abandonar esta – o complexo funcionamento da Saúde Pública e da “Higiene em geral”.

Pela perspectiva dos psicólogos ilustrada nessa entrevista, o trabalho deveria se pautar no sofrimento humano, independente da estrutura de personalidade do sujeito, fazendo com que a abertura de um serviço de nível diferenciado não exclua outro. Entendemos que isso é um avanço para o atendimento, porque não os restringe a um nível de complexidade. Todavia, vemos que esse trabalho permanece sobre o sofrimento e as doenças, não abarcando, ainda, o trabalho em prol da Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde.

Podemos pensar ainda nessa situação em que o gestor delega aos psicólogos que não estavam de acordo a saída para outros serviços, como uma forma de direcionar o conflito ao grupo de psicólogos, segregando-os. A esse respeito, fazemos um paralelo com Bleger (1984), considerando que:

(...) se pode prognosticar uma tarefa muito difícil se os conflitos recaem sobre objetos muito personificados individualmente [no caso, o grupo de psicólogos perante a Instituição] ou se tende a reiteradamente a resolver um conflito com a segregação ou eliminação de um ou de vários indivíduos [deslocamento dos psicólogos para outros serviços] (p.54).

Neste caso, é possível afirmar que a forma como o trabalho se estabeleceu e o modo como os conflitos foram vistos e resolvidos repercutiram no estabelecimento e prosseguimento das atividades, e consequentemente no atendimento à população.

Contudo, diferente da situação apresentada, E1 relata que atualmente, com outra gestão, a área de Saúde Mental conta com uma diversidade de serviços, a saber:

E1 (...) hoje eles [referindo-se à coordenação da Saúde Mental] reviram, tanto que ano passado eles montaram é, o CASM, que é o Centro de Atendimento em Saúde Mental, que seria o atendimento ambulatorial e estão montando novamente, porque viram que não adiantava, tinha que dar conta dessa demanda que estava aí, então ficou atendimento para criança ambulatorial lá no Centro de Especialidades I e para adulto no CASM e aí tem os NAPS, para paciente psiquiátrico NAPS I, II e III, o NAPS AD que é o NAPS Álcool e Droga, o NAPSi que é o NAPS Infantil.

Vemos ainda, o papel dos gestores no que diz respeito à alocação dos profissionais. Pois diferente do que foi colocado por E1, a inserção de E2 na Unidade em que realiza seu trabalho ocorreu a pedido do diretor desta Unidade, pois este considerava importante a presença do psicólogo na Unidade:

E2 (...) fui convidada pelo diretor [da Unidade] que assumiu aqui...ele sempre colocou a importância do psicólogo nas Unidades de Saúde...sempre acompanhou daqui um bom pedaço desse segundo subdistrito...a carência que tinha de um psicólogo.

Nesse caso observado, o gestor requereu a presença do psicólogo, todavia esse procedimento tem mão dupla, e o inverso é verdadeiro. Temos um exemplo de que o trabalho do psicólogo encontra um embate também na (in) estabilidade de sua alocação, vista nesses casos, extremamente implicada com as concepções do gestor.

Tal embate nos coloca outra questão: a “descoberta” de um serviço para “cobrir” outro, ao invés de se ter novas contratações. Os relatos abaixo seguem nesse sentido:

E3 (...) já ligaram várias vezes para cá para saber qual, o que eu estou fazendo aqui (risos) porque eles estão sem profissional lá, sem psiquiatra, sem psicóloga [se referindo a outro local de serviço da prefeitura].

E3 (...) não sei o que vai dar, com essa administração nova e não sei se eu fico, se eu tenho possibilidade de estar saindo.

Outro dado importante em relação aos conflitos encontrados pode ser observado no relato de duas das entrevistadas, referentes à atribuição das atividades pertinentes ao Programa Saúde da Mulher. Nele é estabelecido que a atividade do psicólogo deve ser de acompanhamento a mulheres em geral e às gestantes, juntamente com os demais profissionais. Entretanto, E1 e E3 relatam serem as únicas, dos oito iniciais, a ficarem no programa. Segundo as mesmas, aqueles que saíram preferiam realizar psicoterapia, não estando de acordo com as diretrizes estabelecidas. Nesse sentido, contrário ao afirmado por Dimenstein (2001), vemos um estímulo da Instituição ao atendimento coletivo, bloqueado pela preferência dos profissionais ao individualizado. Algo que pode indicar um descompasso quanto aos programas e a formação do profissional:

E1 (...) algumas psicólogas não ficaram só no que era para fazer, aí começaram a fazer psicoterapia e quando a gente começa a fazer psicoterapia o tempo se esgota, porque ficam muitos atendimentos e não dá realmente para você dar essa cobertura.

As entrevistadas fizeram referência ainda ao tempo de atendimento, configurando mais uma dificuldade no trabalho. De acordo com E2 há uma solicitação para que o tempo de atendimento individual seja de trinta minutos por conta da alta demanda. No entanto, a psicóloga entrevistada nos mostra que na prática realiza no tempo que considera necessário para cada caso, o que pode demonstrar que apesar da solicitação ainda tem-se preservada a autonomia do profissional, que julgando não ser apropriado esse tempo para o seu trabalho, estende-o:

E2 (...) você é profissional, você tem que é limitar, você tem que, não, eu não limito o sentimento de ninguém (...) uma coisa que não dava para deixar a pessoa sair pela metade [referindo-se a um atendimento realizado] (...).

E2 (...) às vezes se vai no ginecologista, por exemplo, a consulta é dez, 15 minutos, ele olhou o seu exame, e você vai embora, o psicólogo não, ele tem que estar ciente que cada pessoa que entrar na frente dele ali, você não sabe que tempo que ele vai precisar, não sabe o caso que ele vai trazer (...).

A.2.2 Diversificação nas Atividades: a prática do trabalho

Neste item, sistematizamos relatos que, após uma primeira análise, convergem para a prática do psicólogo. Por meio destas práticas relatadas, inferimos modelos de atuação que vêm sendo desenvolvidos, bem como quais as concepções de Saúde e doença se encontram

vinculadas a eles.

A maior parte das atividades é realizada no interior das próprias UBS. Pelas entrevistas verificamos que as psicólogas do Programa Saúde da Mulher não direcionam sua atuação a apenas um procedimento específico.

São listados procedimentos de orientação, de prevenção de gravidez na adolescência, prevenção de DST, atendimento de Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) em relação aos pacientes que fazem exames de doenças sexualmente transmissíveis, aconselhamento na devolutiva de HIV, grupos de planejamento familiar, grupos com adolescentes (realizado somente pelo psicólogo ou por ele acompanhado de outro profissional da equipe), grupos de mães e bebês recém-nascidos, grupos de Papanicolau, de gestantes, de climatério, de planejamento familiar, atendimento individual, pedido de pré-natal, acompanhamento com gestante, avaliações psicológicas de laqueadura e vasectomia e demanda espontânea de atendimento psicológico da Unidade. Deste modo, no que tange à variedade de atividades realizadas pelos profissionais, este dado se aproxima ao observado por Velasques (2003), cuja pesquisa ressaltou a variedade de procedimentos encontrados na Atenção Básica.

Em relação a este último procedimento (demanda espontânea), E1 afirma que “depende do dia”, demonstrando uma abertura para o não planejado.

Embora a enumeração dos procedimentos possa dar uma impressão, no primeiro momento, de definição da atividade do psicólogo, encontramos relatos em que há indícios de indefinição e de falta de elucidação.

E1 afirmou não realizar psicoterapia, encaminhando quando necessário, ao serviço correspondente. Todavia, referente ao acompanhamento com gestante, pontuou que faz uma Psicoterapia Breve, direcionada ao momento de crise, mas quando o caso é de depressão pós-parto, por exemplo, encaminha-se para outra equipe:

E1 (...) eu não faço psicoterapia aqui, psicoterapia é encaminhada para a Unidade específica que atende... eu faço acompanhamento com gestante no período, uma Psicoterapia Breve, digamos, no período de gravidez, mas é para aquele momento de crise mesmo.

E3 se referiu a “atendimentos breves de Psicologia”, conforme mencionado abaixo:

E3 (...) faço alguns atendimentos breves de Psicologia, também, atendimento individual, mas normalmente assim, é uma coisa breve, está, porque não tem muito tempo para fazer esse tipo de atendimento aqui.

Nesse trecho notamos o uso da especificação “de Psicologia”, o que pode levar ao questionamento do que seria considerado desse campo; fica implícito que pode haver procedimentos não relacionados aos psicológicos, remetendo à vinculação Psicologia e Psicoterapia, e o quanto esta última serve como identificação profissional (Féres-Carneiro & Lo Bianco (2003), dificultando o reconhecimento do trabalho pertencente à Psicologia, quando não se relaciona ao modelo psicoterápico. Sobre essa identidade do psicólogo, fortemente direcionada à Psicologia Clínica, Nepomuceno (2009) argumenta:

herdou-se um modelo de formação hegemonicamente pautado no enfoque clínico, que condiciona a identidade profissional do psicólogo a um aprisionamento e engessamento, dentro do campo de atuação da Psicologia Clínica, principalmente ligada ao histórico de experiências de clínica privatista vinculada às elites e classe média (p.54).

Conforme um dos relatos apresentados abaixo, a entrevistada relata que “usa” a “Psicologia” no caso de “pânico”, indicando – nessa situação – a transformação da Psicologia em um acessório, deslocada de uma postura ética e profissional. A referida postura nos leva ao questionamento de quando, então, o profissional se vale do aparato técnico de sua área, em quais ações o psicólogo é/age enquanto tal.

E3(...) você usa a Psicologia [grifos nossos] ... no caso positivo de gravidez, se a mulher entra em pânico [grifos nossos], em desespero [grifos nossos].

Como se no outros trabalhos realizados não se “usasse” a Psicologia, o que nos remete novamente a questão da identidade profissional do psicólogo. Como por exemplo, quando se fala com alguém que não está em pânico ou depressão.

E3 (...) atendimento individual aqui, não dentro da Psicologia, mas é, nos atendimentos das pessoas, para conversar, para saber qual o problema, que andamento dá.

Queremos mostrar com esse trecho acima que E3 realiza uma distinção entre atendimento individual da Psicologia com outros tipos de atendimento. Questionamos se nos outros atendimentos, ela enquanto psicóloga não se utiliza de sua escuta clínica.

Podemos vincular essa identificação do psicólogo com o trabalho psicoterápico como um “papel” conforme exposto por Bleger (1982). No momento em que o psicólogo desempenha diversos procedimentos no Programa Saúde da Mulher, dentre eles o

acolhimento, os grupos com outros profissionais, podemos considerar que está havendo naquela equipe de Saúde um “interjogo de papéis”, enquanto que, quando o psicólogo se restringe ao atendimento psicoterápico, ou não se reconhece enquanto tal por não exercer esta atividade, vemos uma “estereotipia de papéis muito fixos”, tornando-se essa conduta rotineira.

Ao relatar seu trabalho anterior, E2 se distancia da função de psicóloga por ocupar um cargo de “encarregada dos ambulatórios”, de tal forma que ser encarregada não corresponde à área de Psicologia.

E2(...) eu era encarregada dos ambulatórios lá da Faculdade de Medicina²¹ mais aí eu já como eu era psicóloga há muito tempo aí deixei de ter o cargo de encarregada e aí eu passei a atuar somente na minha área como psicóloga.

Temos um exemplo disso no percurso de nossa pesquisa, quando procuramos uma psicóloga que não quis participar desse estudo, por atualmente estar em um papel de encarregada e não atender mais “pessoas”, orientando a pesquisadora a procurar pelos psicólogos que trabalham no CAPS para entrevistá-los. Limita-se assim o trabalho do psicólogo na Saúde Pública ao campo da assistência e esta por sua vez remediativa.

No que abarca os setores burocráticos do serviço, E2 faz apontamentos concernentes à forma de organização quanto ao preenchimento de papéis, ou seja, a crítica feita pela entrevistada se dirige a questões que muitas vezes se tornam mais relevantes do que o próprio atendimento. E2 nos disse que tais situações se tornam “inconvenientes”, sendo sua postura a de “facilitar”, alegando que o “pessoal que atende, a recepção, às vezes até a administração”, não possuem esse “conhecimento” e “embasamento”. Ao ser questionada sobre o que poderia ser feito, E2 nos disse que essa seria uma “tarefa do serviço público”, de “treinamento para todo o órgão público”:

E2 (...) o paciente chega aqui em lágrimas na minha porta, eu vou falar para ele, ó vai lá na frente pegar o prontuário ... você está vendo o estado da pessoa, a pessoa quer entrar e ficar quietinho no modo dele, de repente ter que se expor nesse corredor inteiro, ir lá na frente, pedir prontuário ... o paciente está aí, então vamos fazer o seguinte, você tem prontuário aqui, anota e depois eu vou se for o caso eu anoto que ele veio ...acho que o pessoal da administração, tanto diretores quanto a parte administrativa, recepção, ele teriam que ter um conhecimento melhor...dessa área emocional.

²¹ Referente ao concurso prestado para o cargo de psicóloga.

E2 (...) o próprio profissional que está aqui, o psicólogo, ele orienta, não sabe o que é, é que aqui é assim, com, jeitinho, tem jeitos e jeitos de falar e aí a consulta não vai ser perdida, o paciente não vai ficar sem atendimento por problemas burocráticos de papel.

Durante a entrevista, E2 abordou o aspecto relativo à quantidade da demanda, ela disse que atualmente tem recebido por volta de 25 encaminhamentos/dia, provenientes “de todos os lugares” (*sic*). Destes, a entrevistada informou que realiza uma triagem, para os atendimentos:

E2 (...) são encaminhados [referindo-se aos pacientes] porque assim se vem por aleatório porque a minha porta não para quando eu começo uma hora ela vai, é o dia inteiro, aí eu posso marcar...) as demandas espontâneas também é muito grande, o pessoal vem, aí, sabe o que é, é que eu estou sentindo... posso marcar com a senhora? Então eu estou pedindo o encaminhamento para dar o que? Uma filtrada.

E2 relata, ainda, que a decisão de fazer atendimentos individuais (psicoterapia) foi dela, pois não sabia “que a demanda era tanta”, e percebeu que seus atendimentos individuais começaram a “surtir efeitos positivos”, gerando, conseqüentemente, uma demanda maior de “criança, adulto e adolescente”:

E2 (...) a hora que eu chego até a hora que eu vou embora, essa porta não para, e se eu te mostrar aquele armário ali, simplesmente demandas e demandas, eu atendo criança, adulto, adolescente, terceira idade, faço grupos e o individual, por isso a procura muito grande aqui.

Por conta desse grande volume de demanda, a entrevistada afirmou que passou, então, a “separar os casos parecidos que davam para fazer em grupo”. A iniciativa de realizar o grupo decorre do número de pacientes, sendo que inicialmente a proposta dirigia-se ao atendimento individual. Essa informação remete ao que assinala Hoenisch (2004). Com isso, podemos depreender que, nessa situação, a determinação pelo trabalho ser realizado de forma individual ou em grupo, se deu mais por conta da demanda do que por uma discussão teórica e técnica.

Não queremos com isso desconsiderar que em determinados momentos esse trabalho “individual” seja de fato a demanda da Unidade, de acordo com o relato que apresentaremos abaixo:

E1 (...) quando tem caso de HIV positivo depois que chega o resultado, elas [enfermeiras] já me avisam, dependendo da pessoa que vai passar o caso do

resultado, a pessoa sai da sala desmontada e aí eu já fico no apoio para aqui dar um apoio porque separado, é bastante importante [grifos nossos].

E3 (...) as pessoas, por algum motivo estão chorando [grifos nossos] e aí você tenta e conversa, tem outras que você faz os atendimentos aqui e conversa, que são depressão [grifos nossos], aí tem aquela fase da melhora, melhoras, aí um tempo ela me encontra, aí preciso conversar mais um pouco com você, vamos lá para sua sala, você pode me atender agora, vem, conversa, então é esse tipo de atendimento.

Ainda sobre essa alta demanda, vemos que os números de profissionais inseridos nos diversos serviços não cobrem as demandas, sejam na Atenção Básica ou nos demais níveis de atenção, considerando que E1 nos relatou que a fila de espera para o CASM corresponde a 4.000 pessoas, fazendo com que a Universidade se tornasse uma referência para os encaminhamentos.

Retomando a entrevistada E3, em outros relatos temos o seu relato a respeito da rotina de trabalho. Segundo ela, ao chegar à Unidade uma fila de mulheres já pode ser encontrada à porta, aguardando atendimento dela. Dentre os motivos para tanto, ela nos disse que “muitas procuram por exames específicos”, pois as “prevenções com problemas” (resultados de exames) ficam em sua sala. Por isso, a parte da manhã é reservada para os “atendimentos e os resultados de *Pregnosticon* [exame de gravidez]”. Durante o dia de trabalho há também acolhimento e marcação de outros tipos de consulta, além dos grupos e reuniões externas.

As atividades externas já realizadas por E3 (não significa que seja uma rotina) incluem trabalhos em igreja, grupos de planejamento familiar com a enfermeira da Saúde da Família na área de cobertura deste programa, trabalho em uma escola e mesmo atendimento de casais, de outros bairros, para a avaliação das cirurgias de vasectomia e laqueadura. Essas atividades ocorrem por solicitação externa e faz-se necessário a autorização da encarregada da Unidade. Contudo, vemos que no trecho destacado abaixo, a saída da psicóloga para o atendimento externo encontra-se atrelada à condição financeira da população:

E3(...) o pessoal não tem dinheiro, aqui, para eles chegarem aqui, tem que tomar duas conduções, então eu fui.

Como já informamos, E3 participa do programa Saúde da Mulher, em que seu trabalho consiste no acolhimento, com finalidade de prestar um atendimento de acordo com cada

demanda. Ressaltamos que essa psicóloga nos disse também ser ela quem transmite a notícia sobre os testes de gravidez para as mulheres. Ainda sobre o serviço de acolhimento, notamos que no Programa Saúde da Mulher, este se dirige a uma primeira conversa, um primeiro atendimento:

E3(...) eu faço serviço de acolhimento a Saúde da Mulher, o que isso significa, é uma conversa com as mulheres num primeiro atendimento para assim, a gente ter uma noção de qual o problema a mulher tem, ver a prioridade de uma consulta ou não, do médico primeiro ou não, da urgência.

Deste relato, destacamos que mesmo no serviço de acolhimento, busca-se qual o problema, ou seja, já parte do princípio de que há um problema instalado, não sendo fornecidos dados que nos permitam falar de trabalhos de Prevenção de Doenças ou Promoção de Saúde.

Analisando o modo e material do trabalho do psicólogo, no que refere-se à prevenção de gravidez com as adolescentes, E1 nos disse que aborda os medos, as inseguranças e as expectativas:

E1(...) trabalho nessa área de orientação, eu faço um atendimento, inclusive agora, a adolescentes, mais voltado para a prevenção de gravidez na adolescência, então eu trabalho os medos, as inseguranças, as expectativas que as adolescentes têm, mais nesse sentido de permitir que elas tragam algum conteúdo é mais complicado, antes de não ter dado mais tempo da gente resolver.

E2 também nos disse que realiza grupo com adolescentes e pré-adolescentes (do sexo feminino e masculino), e nas discussões trata das mudanças corporais e menstruação. Comentou que esses são temas não conversados entre pais e filhos, e que em um trabalho com essa faixa etária, utiliza-se de um “linguajar” apropriado, visto que a finalidade desse trabalho é de dar um preparo e conhecimento:

E2(...) o pai e a mãe não fala porque tem vergonha, então aqui eu já mais ou menos dependendo da idade eu uso o linguajar adequado para a faixa etária, e com isso eles vão o que? Tendo o que? Um preparo e um conhecimento para não chegar lá na frente, ai meu Deus, o que é isso?

As devolutivas de HIV fazem parte da atuação do psicólogo na Atenção Básica. O aconselhamento versa sobre fazer o tratamento, como lidar com a família e com o parceiro. Vemos com isso, que são temáticas que pelo modelo biomédico não seriam trabalhadas, mas que hoje são reconhecidas de importância fundamental na Saúde das pessoas. Também são

exaltados os períodos de crise como alvo do trabalho e a técnica da Psicoterapia Breve como subsídio para a prática.

E3 nos disse que no grupo de gestante trabalha orientações, sendo este vinculado ao dia das consultas, pois segundo a entrevistada, quando é feito em outro dia, as pacientes não comparecem. Em relação ao número de participantes por grupo, a média é de oito gestantes, sendo a justificativa para tal, a de não “sobrecarregar o médico” nas consultas.

A partir disto, podemos dizer que o trabalho do psicólogo parece em parte estar subordinado ao do médico, o que corrobora com o questionamento sobre o fato da Psicologia ter adentrado nos espaços de “Saúde” para de fato transformar o modelo biomédico ou para se agregar a ele, sendo o psicólogo, muitas vezes, um auxiliar do médico, correspondendo às demandas estabelecidas por este, conforme ilustraremos a partir de um trecho, em que o papel da psicóloga parece de “facilitar” a “papelada” para o andamento do serviço médico, respondendo prontamente a ele, distanciando-se assim da população, ou seja, ao invés da profissional trabalhar com os aspectos afetivos e desvelar outros que possam ter contribuído para que a paciente não tenha feito o planejamento familiar, ela não demonstra questionamentos perante o médico:

E3(...) o médico me chama e diz ‘essa mulher vai ter que operar’ [grifos nossos], porque muitas vezes quando vem pegar o exame de gravidez eu falo, marca planejamento ali no balcão e conversa com seu marido, vê bem o dia que dá para ele vir, aí vocês vem e a gente já faz o planejamento, já faz o papel, porque muitas vezes não, não fazem, aí quando o médico vê que está chegando perto e que não tem nada para operar, coisa assim, ele manda me chamar, olha, vê se dá jeito, alguma coisa, vê se faz um papel, eu assino [grifos nossos], depois ela faz o planejamento e muitas vezes você é obrigada a fazer isso para antecipar [grifos nossos].

Não queremos com isso configurar uma disputa de quem é mais soberano. Entendemos a importância da Medicina e sabemos que nas situações hospitalares, por exemplo, é o médico quem deve indiscriminadamente dar o diagnóstico médico e fazer o atendimento emergencial, mas pactuamos o posicionamento que as relações nas equipes devam se estabelecer de forma horizontal e não verticalmente.

Retomando o que já foi dito anteriormente a respeito do início da participação dos psicólogos nas equipes de Saúde, Spink (1992, p.13) afirma que: “sua inserção [do psicólogo] na equipe era, frequentemente, como facilitador do processo de tratamento, havendo – com raras exceções – poucas oportunidades para contribuir nesse processo como profissional

autônomo”.

Outro trabalho realizado por E3 era o “grupo de orientação antes da coleta de prevenção [exame Papanicolau]”. O motivo para a realização deste grupo estava no fato de as mulheres chegarem “nervosas” e muitas deixarem de fazer o exame, pois achavam “muito chato fazer esse Papanicolau”. Por isso, criou-se a proposta de atender às mulheres antes de passarem pelo exame. O grupo não é mais realizado, “falta ser humano aqui para trabalhar, para fazer”, devido à saída de funcionários. Uma alternativa encontrada foi a de retomar os grupos na “Semana da Mulher”, quando são realizados exames de “prevenção” sem marcação de consulta. Mesmo com essa mudança, segundo E3, ainda se encontra dificuldades, dado que algumas mulheres não retornam para buscar o resultado.

Já o grupo de planejamento familiar tem periodicidade quinzenal, é coordenado alternadamente por ela e por uma enfermeira, sendo que em uma semana quem coordena é ela e na outra semana, a enfermeira. Todavia, como ela (E3) é a responsável pelas avaliações dos pedidos de laqueadura e vasectomia, realiza o encerramento do grupo e, posteriormente, uma conversa com cada casal.

Ao descrever um atendimento realizado com um casal, a entrevistada nos disse que é “importante” essa conversa, pois se a pessoa que vai fazer a operação for muito jovem, “pode se arrepender”, e o que ela se atenta é para o “tempo de relacionamento” deste casal, o que de acordo com a mesma, em geral os “casais estão juntos por volta de dois anos e há uma grande troca de companheiros”, então na avaliação ela discute com o casal se “vale a pena fazer”. Nessa conversa com o casal, E3 destacou que, apesar da vasectomia ter mais fatores positivos quanto à recuperação, o homem em geral demonstra mais “medo”, então ela procura mostrar que “para o marido é mais fácil”. Destacaremos abaixo, o trecho referente a esse medo:

E3 (...) muitas vezes eles morrem de medo, agora o que eles tem medo mesmo dentro de fazer a vasectomia é que eles não vão ser mais o homem que eles eram antes, então a gente tenta explicar que aquilo lá não afeta em nada, tudo isso é uma coisa muito assim do machismo do homem, porque aquilo lá tudo é idolatrado, ninguém mexe, então, é tem muito disso, então você explicando, conversando com o casal, muitas vezes você consegue fazer com que o marido opere e não a mulher.

Condizente à “esse medo” do homem em fazer a vasectomia, notamos a importância de na Saúde Pública se trabalhar em cima das crenças das pessoas, havendo um conhecimento do saber popular e um diálogo a partir deste, conforme mostrado em Spink (2004).

Nessa mesma via, vemos também em E1 um respeito ao conhecimento trazido pelas

adolescentes do grupo que realizou. Para o atendimento grupal, E1 deixa uma lista de agendamento para as pessoas se inscrevem. Ela relata que as adolescentes “tinham conhecimento para tirar as dúvidas” e com isso “discutia junto” com estas, o que mostra que não houve uma soberania do saber técnico sobre o popular e sim um diálogo entre estas duas formas de conhecimento, permitindo-nos dizer que nesses grupos são trabalhados aspectos de orientação bem como os conteúdos trazidos pelas participantes durante o grupo:

E1 (...) elas [as adolescentes] vieram com uma demanda de planejamento familiar, para conhecer os métodos, elas chegaram envergonhadas, sem saber muito bem o que falar, mas depois de faltarem duas vezes, remarcaram e ontem elas conseguiram vir, aí elas trouxeram várias demandas, não só de planejamento familiar, mas dúvidas que têm e como lidar com o namoro, como lidar com a situação com o parceiro, como é isso para elas... elas tem um certo conhecimento também para tirar as dúvidas, a gente vai discutindo junto.

E1 também descreveu o grupo de planejamento familiar que realiza em sua Unidade e que, de acordo com a mesma, tem tido resultados positivos, uma vez que tem havido um retorno das participantes do grupo:

E1(...) eles [referente aos participantes do grupo] veem, quando pensam em engravidar, eles mesmo me encontram no corredor e falam, olha agora eu falei com você naquela época, mais agora eu estou pensando em engravidar, achei interessante porque não tinha essa maturidade de planejar mesmo ou teve uma gravidez não planejada a primeira vez e depois poder planejar a segunda, começar a entender até que tem um desejo da maternidade, ela também pode ser planejada e desejada.

Ainda sobre o planejamento familiar, quanto às avaliações de vasectomia e laqueadura, E3 informou que quando ingressou no serviço, estas eram realizadas por outras psicólogas, que trabalham no Centro da cidade:

E3(...) eu recebi quase 160 processos parados lá, porque elas não conseguiam dar andamento, por isso também da importância de colocar assim, a gente para esse tipo de serviço.

Esses dados apresentados neste tópico (quanto à diversificação das atividades) corroboram também com outro ponto destacado por Velasques (2003), em que esta trata da falta de elucidação quanto à atuação deste profissional, ilustrando a dificuldade de se ter uma identidade de profissional da Psicologia que não se caracterize como centralizado (ou fortemente marcado) em psicoterapias (Féres-Carneiro & Lo Bianco, 2003; Oliveira et

al,2005), ou seja, vemos que há uma tendência em relacionar a Psicologia Clínica ao atendimento clínico e este, por sua vez, ao atendimento psicoterápico, restringindo o trabalho e o local do psicólogo, até mesmo no contexto da Saúde Pública (R.Silva,1992; Hoenisch, 2004; Dimenstein,2001).

Frente a essa mudança (ou falta de) na identidade profissional do psicólogo, podemos nos utilizar da Psicanálise como ferramenta teórica para nos auxiliar nesses questionamentos, não apenas a nível psicossocial, mas também no psico-dinâmico e no institucional:

os seres humanos não mudam mecanicamente e imediatamente sua estrutura psicológica pelo fato de uma mudança institucional radical e – inclusive – levam a estas últimas suas características psicológicas anteriores, comprometendo ou retardando a mudança total das instituições. Os processos psicológicos formam parte da realidade, da mesma maneira que as instituições e os objetos da natureza e não é possível conseguir uma mudança radical, senão também com um conhecimento de suas leis peculiares. Pela interdependência dos fenômenos, uma mudança parcial se acompanha sempre de uma mudança da totalidade, mas o impedimento em uma de suas subestruturas significa também um impedimento no sistema total (Bleger, 1984, p. 56-57).

Considerando o que diz Bleger (1984), acrescentamos que não seria possível então, de imediato, construir uma identidade que caracterizasse o psicólogo na Saúde Pública. E, para não estagnarmos nesse meio nebuloso em que a atuação se confunde, seria necessário o aprofundamento na discussão acerca da atuação na Saúde Pública (Atenção Básica). Isso levantaria, entre outras coisas, as necessidades para que a formação atendesse às demandas desse serviço.

Nesse sentido, retomamos as contribuições de Bleger (1984) no tocante ao depósito das “partes psicóticas” na Instituição, e o quanto estas resistem a mudanças. Com isso, queremos dizer que a alteração da Instituição Psicologia (área de conhecimento (formação) e a atuação) sofre também certa resistência e tende ao automatismo.

A.3 Posição do psicólogo na equipe e trabalhando com a equipe

A.3. 1. Comunicação entre os psicólogos da rede de Saúde: importância dos encaminhamentos

Neste ponto, iniciamos a terceira categoria geral do núcleo A que pretende abordar a atuação do psicólogo dentro da equipe de Saúde e, sem aceitar passivamente o pressuposto da

inserção, com a equipe. Na primeira categoria específica nosso foco é a comunicação entre os psicólogos da rede, representada majoritariamente pelos encaminhamentos.

A principal via de comunicação entre os psicólogos na rede de Saúde, segundo as entrevistadas (E1 e E3), é o encaminhamento. Por meio deste, essas psicólogas que estão no programa Saúde da Mulher, encaminham os pacientes que consideram necessitar de um atendimento de nível especializado, correspondendo às psicoterapias, no caso da Psicologia.

O procedimento informado por E1 seria realizar uma primeira avaliação na Unidade e, posteriormente, encaminhar de acordo com a necessidade de cada caso, porém tais encaminhamentos nem sempre ocorrem para a rede municipal de Saúde, sendo as faculdades também parceiras para este tipo de serviço.

Os psicólogos destas UBS encaminham os casos de psicoterapia para o CASM ou outro serviço em que atendam crianças e adolescentes. Já os casos mais graves são encaminhamentos para o NAPS ou NAPS AD.

Em outro relato, desta vez em E3, observamos que esta atende somente os casos da Unidade e quando recebe encaminhamentos externos para “atendimentos de Psicologia”, nas palavras da entrevistada, encaminha para os serviços que realizam estes atendimentos, pois caso atendesse essa demanda, não teria tempo para “fazer outras coisas” [referindo-se ao trabalho no Programa Saúde da Mulher]. Algumas vias destes encaminhamentos externos são outros municípios e médicos. E3 mantém contato mais direto com E1, dado que ambas participam do Programa Saúde da Mulher. Além desta, aquela participa juntamente com outra psicóloga de um grupo sobre violência. Quanto aos demais psicólogos da rede, o contato se restringe a eventos.

Já E2 nos disse que “quase não tem contato” com os outros psicólogos da rede, sendo restrito também a eventos. De acordo com a mesma, isso acontece porque “não tem profissional na área”, fato diferente do relatado pelas outras profissionais entrevistadas atuantes no programa Saúde da Mulher. Nesse sentido, esse programa parece dar uma maior abertura para o contato e possibilitaria a troca de experiências. Vale lembrar o fato de que essas profissionais (E1 e E3) são funcionárias diretamente da prefeitura.

Seguindo nos encaminhamentos, E1 nos disse que tem retorno, o que mostra o estabelecimento de vínculo entre ela, a população e os demais serviços, configurando assim uma comunicação entre o serviço de referência e contra-referência, tendo o usuário conhecimento de quem e onde procurar, estabelecendo assim um processo de acompanhamento e não apenas de transferência de um local para outro:

E1(...) eles [os psicólogos a quem ela encaminha] me dão um retorno de que as pessoas que eu encaminho, é, aderem melhor ao tratamento, porque já vão sensibilizadas, faltam menos, porque o encaminhamento também é feito de uma forma já preparando para a psicoterapia, então eu tomo esse cuidado para preparar, para não faltar, para seguir, para acompanhar.

Porém, E3 relatou a falta de retorno dos casos atendidos de outras Unidades, diferente dos casos atendidos de sua Unidade, o que demonstra, nesse exemplo, a dificuldade de uma equipe além da estabelecida no território delimitado, mas também a heterogeneidade dentro da rede, visto que, supostamente, o mesmo procedimento tem retorno diferenciado:

E3(...) então eu passei isso [referente a uma avaliação de vasectomia], não sei que fim levou porque ninguém me retorna, mas eu passei esse... foi a opinião, foi o que eu relatei, não sei que fim levou.

Ainda em relação ao trânsito de encaminhamentos, percebemos que, algumas vezes, podem funcionar como uma maneira de desresponsabilização do profissional. Nesse sentido, E3 nos relatou o caso de uma jovem que foi diagnosticada com HIV e encaminhada para o serviço de referência. Posteriormente a mãe desta jovem foi procurar E3, visto que sua filha não compareceu ao serviço de referência e “não saía da cama”:

.E3 (...) aí eu falei para ela [a mãe], a gente encaminhou [grifos nossos], a senhora foi, ah, não fui porque eu precisava trabalhar e aí eu falei para a mãe, é muito mais importante a Saúde da sua filha, do que o seu trabalho, a senhora não pode deixar de levar a sua filha nesse momento, porque lá ela também vai ter um acompanhamento psicológico, lá é, eles são treinados para isso, então aí, ela, depois eu não fiquei sabendo mais dela[grifos nossos].

Vemos por esse relato que a postura da psicóloga foi a de responsabilizar a

mãe²² pelo não comparecimento da filha. Diante disto, questionamos se o papel do psicólogo é apenas o de encaminhar (“a gente encaminhou” (*sic*)), pois vemos que nesse caso, ela transfere a responsabilidade para a mãe, sendo que esta poderia estar também com dificuldades para lidar com a situação, retornando a UBS em busca de ajuda da psicóloga.

A.3.2 Multidisciplinaridade e Interdisciplinaridade: relação do Psicólogo com outros profissionais

Neste item selecionamos relatos que abordam o trabalho compartilhado pelos profissionais, procurando identificar como (ou se) estabelecem relações multiprofissionais e interdisciplinares. Considerando o modelo biopsicossocial, não podemos dizer que o campo da Saúde é o mesmo que o campo da Medicina e sim um campo composto por diversos profissionais.

Mostraremos abaixo um excerto em que E1 relata a interação entre a equipe na Unidade na qual trabalha:

E1 (...) todo mundo se sente bem, a gente se entende, as pessoas até de outras Unidades querem vir para cá e os probleminhas todo mundo tem, uma coisa ou outra, mas a gente procura sempre resolver, não deixar passar, já acerta ... é importante por isso, porque mesmo que tenha um problema, que tem, lógico, mais a gente procura resolver.

Neste trecho, a entrevistada relata de maneira vaga dos problemas, sem especificar se são técnicos ou de visões de trabalho ou pessoais ou, ainda, uma soma.

Em seu relato E1 destaca que a permanência do Programa Saúde da Mulher nas duas Unidades se dá por conta das “características da Unidade” e, especificamente na sua, também por conta dos profissionais:

.E1 (...) as características mesmo da Unidade, que é uma Unidade grande, então não dá para deixar de dar esse acolhimento, porque tem essa procura, e a presença do psicólogo, acolhendo, recebendo, ouvindo, também é muito importante e são duas Unidades grandes, esse é um diferencial e nas Unidades menores, acaba se misturando.

²² Vemos também que há uma possível desconsideração da história de vida dessa mãe e de suas condições materiais de sobrevivência.

E1 (...) algumas pessoas não se envolveram desde o início, então era um trabalho, de início a gente teve um treinamento, foi muito interessante, mas algumas pessoas foram assim meio que, porque não estava gostando muito do que tava fazendo, foram, mas também não gostaram, porque não tinha muita opção do que fazer, não tinha interesse nisso, e eu gostei desde o começo.

Podemos considerar, pela fala de E1, que o trabalho do psicólogo não se restringe a se isolar em uma sala, despreocupando-se com questões não referentes ao trabalho exclusivo deste profissional, ou seja, há um reconhecimento do que é específico de cada área, mas também um conhecimento de que ao profissional de Saúde, encaminhar quando preciso, ao serviço correspondente. Deste modo, parece haver nesta equipe um respeito à especificidade de cada profissional, como também ao que pode ser geral a todos:

E1 (...) mesmo que não seja de sua área [grifos nossos], você procura se informar, para encaminhar para o local, então a gente fica como uma referência aqui.

Considerando as passagens anteriores referentes à E1, percebemos que a psicóloga se vê enquanto parte da equipe de Saúde, não se restringindo à especialização Saúde Mental, diferentemente do descrito por Traverso-Yépez (2001) e R.Silva (1992):

E1 (...) tínhamos eu, psicóloga, uma assistente social, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem e uma recepcionista, essa era a equipe inicial, então não era específico [o trabalho no programa Saúde da Mulher] do psicólogo.

O trabalho multiprofissional aparece nos relatos de E1 por meio do encaminhamento de pacientes tanto do psicólogo para outros profissionais e vice-versa, como no caso das devolutivas de HIV e também decorrente das demandas da Unidade:

E1(...) tem outros também que precisam de Psiquiatra, alguns pacientes graves, chegam para a enfermeira, aí ela me encaminha para eu fazer uma avaliação...tem os médicos, dentistas que também encaminham para uma avaliação, para discutir caso.

E1 (...) a enfermeira, ela pede uma ajuda para estar lidando com essa situação, e como trabalhar com o namorado, uso de preservativo, como é

que elas veem isso, como é que elas se posicionam, ou até já a gravidez na adolescência, esses casos.

Em relação às atividades realizadas juntamente com outro profissional (pediatra e enfermeira), encontramos na entrevista de E1: grupos de mães e bebês recém-nascidos e grupos de adolescentes. O objetivo desses grupos aparece como de “orientação”, “prevenção de gravidez”, “cuidados com as doenças sexualmente transmissíveis” e “cuidados da gestante e do bebê”, sendo trabalhada a ansiedade das mães de recém-nascidos, por exemplo:

*.E1(...) É, eu e a pediatra, a gente, é trabalha com as, quais são as demandas delas, quais são as dificuldades que elas estão tendo desde o nascimento do bebê e passamos orientações sobre amamentação, sobre o que acontece com os bebês, a relação mãe-bebê, o carinho, o contato, como que é essa questão de ser mãe ...
a gente vai tentando passar essa tranquilidade que o bebê e a mãe vão se conhecendo, até o chorinho, chorinho que não é só de fome, que também é o carinho, o contato, que muito importante é... relação mãe bebê.*

Neste mesmo sentido, apontamos o relato de E2:

E2(...) os próprios colegas, os médicos aqui, as vezes vê, acompanha, muitas vezes eles que encaminha para mim , e depois a gente vai acompanhando e vendo a evolução dos resultados.

E2(...) falei com o doutor A. que é o médico da Hebiatria, na hora ele atendeu, já falou com a Ginecologista, a Ginecologista já atendeu no outro dia, já passou comigo.

Notamos nos relatos acima momentos de atuação nos quais as profissionais transitam pela sua especialidade e por atividades não especificadas para os membros da equipe (como o acolhimento, sem determinação prévia de quem realiza), sem se distanciarem do projeto inicial e comum à equipe. Com isso, podemos abordar a questão referente à especificidade de cada profissional em uma equipe, pois vemos que há momentos nos quais esta precisa ser respeitada para o andamento das atividades, ou seja, o estar em uma equipe não significa abrir mão das especialidades, mas não se limitar somente a elas, conforme dito por Peduzzi (2001):

o trabalho em equipe não pressupõe abolir as especialidades dos trabalhos, pois as diferenças técnicas expressam a possibilidade de contribuição da divisão do trabalho para a melhoria dos serviços

prestados, à medida que a especialidade permite aprimoramento do conhecimento e do desempenho técnico em determinada área de atuação, bem como maior produção (p.108).

Podemos tomar as noções de campo de competência e núcleo de competência apresentadas por Campos et al. (1997), como norteadoras para nossa discussão, na medida em que consideramos as diversas profissões como núcleos (e dentro destas haveria sub-núcleos, que são as especialidades dentro das profissões), inseridas em um contexto maior que seria o campo da Saúde Pública.

A imagem de vários círculos entrelaçados pode servir como ilustração do que estamos falando. Desse modo, o núcleo (círculo) seria o que cada profissão deve assegurar para si, garantindo sua especificidade e o seu o cruzamento (a intersecção) com as demais, o momento em que esses círculos se encontram, é o atravessamento, visto por nós, como realização do campo da Saúde. É nesse ponto do cruzamento que acreditamos estar presente uma das dificuldades nesse trabalho em equipe:

Tanto o núcleo quanto o campo seriam, pois, mutantes e se inter-influenciariam, não sendo possível detectar-se limites precisos entre um e outro. Contudo, no núcleo, haveria uma aglutinação de saberes e práticas, compondo uma certa identidade profissional e disciplinar. Metaforicamente, os núcleos funcionariam em semelhança aos círculos concêntricos que se formam quando se atira um objeto em água parada. O campo seria a água e o seu contexto (Campos, 2000).

Sendo assim, a partir de uma visão de equipe, faz-se imprescindível aos profissionais construírem um trabalho conjunto, não se fechando em suas especialidades, tampouco abdicando das mesmas. No entanto, parece que um dos pontos mais complexos é o de estar em uma equipe, sem relativizar excessivamente sua formação específica, garantindo assim as particularidades e necessidades de cada trabalho, a partir de outras contribuições de modos diferentes de olhar a mesma situação.

Contudo, se a questão da identidade parece ser algo ainda a ser discutido, a participação do psicólogo no SUS pode ficar em parte comprometida, haja vista, que muitas vezes, o profissional se fecha no modelo tradicional de clínica psicológica, ou se isenta das especificidades de sua profissão. Referente a isso:

existem problemas na formação profissional da Psicologia que têm levado à manutenção de um modelo único de atuação; aliado à isso, há um

despreparo para a apreensão dos contextos, seja o geral da Saúde Pública, seja os específicos das instituições, e ainda das características reais da população nestes atendidas (R.Silva, 1992, p.35).

Por fim, acreditamos que esta articulação é possível, mas que é também um desafio ao profissional que se depara com as limitações de sua especialidade e da complexidade da vida humana (por isso, social).

Tratando ainda da relação com os outros profissionais, E3 fala da autorização do exame que é feita pela enfermeira, entretanto a decisão não é tomada isoladamente e sim em conjunto.

E3 (...) quando assim eu vejo que tem uma queixa maior, sintomas que pode ser de gravidez, eu vou falar com a enfermeira, que ela que tem que autorizar, ela que tem o controle dos exames, aí a gente vê se pede ou não [grifos nossos].

Ao relatar que alguns profissionais, sem formação para tanto, têm realizado o trabalho do psicólogo, E2 faz uma crítica à perda da especificidade deste, perante os demais profissionais da Saúde:

E2 (...) você, por exemplo, você é psicóloga, você não vai chegar lá e se ater a fazer uma cirurgia, eu te denunciaria ... mas infelizmente acontece muito, tem muitas profissionais invadindo a área do psicólogo...É enfermeiro, às vezes médicos, por quê? Porque não tem profissional na área disponível, então as pessoas começam o que, a procurar e começa a atuar como se fosse e não é por aí, porque as vezes você está num grupo, você está falando determinado assunto e tem pessoa que se mobiliza e começa a chorar, hum, só que você não está preparado para falar com aquela pessoa e aí? O que você vai fazer? Vai deixar a pessoa sair daquele jeito? Então é, é muita responsabilidade você mexer com emoções e sentimentos, não é assim, qualquer um chegar e ah, vou fazer.

Tal situação pode ser vista por outro ângulo, ao invés de ser perda de especificidade do psicólogo, poderíamos entender que as demais profissões não têm encontrado o limite da sua atuação. De certa forma banalizando o que é psicológico. Ou ainda, os dois movimentos ao mesmo tempo.

Nos relatos que destacaremos a seguir, o médico aparece ocupando um lugar de destaque, remetendo, desta forma, à hegemonia do saber médico em detrimento dos demais saberes:

E3(...) muitas vezes falo até [grifos nossos] diretamente com o médico, quando eu percebo que tem alguma necessidade, para encaixar mais rapidamente.

E3(...) algumas chegam aqui e até queriam levantar a roupa, eu não sou médica, eu não sou nada [grifos nossos].

No primeiro relato a palavra “até” tem um caráter de limite, o médico está além daquilo estabelecido para as relações profissionais dentro da equipe, por se referir a um profissional que não compõe a equipe do Programa Saúde Mulher, o que ilustra a divisão/especialização dentro da Unidade de Saúde entre profissionais e programas. No segundo relato, E3 relaciona ser médico a ser “algo” (alguém). Quando afirma “não sou médica, não sou nada” ela se vale da mesma estrutura linguística, se invertêssemos a lógica teríamos, apagando a negação: “sou médico, sou tudo”.

Um aspecto peculiar ao psicólogo é ser, ao mesmo tempo, integrante da equipe e, por vezes, psicólogo da mesma. Por exemplo, E1 relata momentos em que profissionais da UBS a procuram para uma “ajuda”, “apoio”, “atenção mais pontual”. Em relação ao seu procedimento perante tais situações, disse orientar quando é possível, mas há alguns casos que são “mais específicos”, como o de um funcionário que foi internado no hospital psiquiátrico.

Posteriormente, foi encaminhado para a “equipe especializada”. No entanto, no “dia a dia tem um olhar mais especial para essas pessoas”, ainda que não as tenha atendido.

Percebemos esse cuidado também presente em outros funcionários da equipe:

.E1 (...) como que está o trabalho, se está conseguindo realizar, a gente já logo nota se pára a medicação, porque começa a ter um discurso meio confuso, complicado.

E1 (...) os próprios funcionários cuidam dos funcionários que tem alguma doença mental, então quando eles percebem, eles me procuram e falam ó, nós notamos, que tal pessoa está diferente, eles mesmos falam, olha, eu acho que não está tomando medicação, dá uma olhada porque a pessoa não está bem, mais tudo com carinho, é que é trabalhoso, você tem uma relação de trabalho, relação afetiva com essas pessoas, então você quer que elas fiquem bem, mas não deixam de ser por outros pacientes, então são difíceis.

E1 (...) tomar medicamento, fazendo psicoterapia, e isso acaba refletindo na equipe como um todo, é mais por preocupação mesmo com a pessoa, em alguns momentos tem que deslocar a pessoa de um setor para outro, porque não está bem, da enfermagem então não vai fazer medicação, demanda uma preocupação, um trabalho.

E1(...) É. Realmente é uma preocupação, porque existe uma relação afetiva, dentro da Unidade, então as pessoas já percebem, quando a pessoa não está bem ou outra, mais isso com todo mundo, agora tem aquelas pessoas que já tem um problema mais grave, então todo mundo percebe, se um percebe, já vem me avisar ...fulano, não está bem, às vezes até eu, no dia, na correria não percebo, não entro em contato com a pessoa, é, quem está do lado, já vem e me avisa, é bem, bem interessante esse movimento.

Por meio de um dos relatos, podem-se notar situações em que o trabalho não ocorra por conta da relação entre os profissionais. Como exemplo disso, temos a passagem de uma das entrevistadas (E1) de não estar mais realizando o trabalho de prevenção em DST da forma como fazia em parceria com a enfermeira anterior, visto que a atual não tem se voltado para este trabalho:

E1 (...) eu trabalho muito na prevenção de DST, agora eu não estou fazendo esse trabalho porque a enfermeira atual não, não está voltada a isso, mas a anterior a gente fazia um trabalho junto, quando tinha devolutiva de HIV, alguma doença sexualmente transmissível, eu fazia parte do aconselhamento, que era um momento que tinha que passar esse resultado, aconselhar a fazer o tratamento, como lidar isso com a família, com o parceiro.

Lucena (2009), ao falar sobre seu trabalho no NASF, refere-se a essa “descontinuidade”:

ocorre grande rotatividade dentro do Programa Saúde da Família. Começa-se a construir um processo, sai o médico, ou sai enfermeira. Também há a descontinuidade do ponto de vista político. À medida que as gestões mudam, se altera a forma de conceber o projeto e isso traz implicações diretamente para sua execução (p. 41).

Tal situação apontada acima corrobora com o fato de que o trabalho na área da Saúde, tanto na relação entre usuários, como entre profissionais, o pleno conhecimento técnico não assegura um trabalho realizado de modo mais eficaz, visto que as relações humanas permeiam a técnica, podendo aperfeiçoá-la ou mesmo barrá-la.

Núcleo B- Relação do Psicólogo com a População

B.1 Imagens e Expectativas do psicólogo e da população

B.1.1 A população pela perspectiva do psicólogo

Neste item iniciamos o Núcleo B, cujo tema é a relação do psicólogo com a população. Procuraremos depreender qual a imagem tida por este profissional da população atendida por ele e, supostamente, qual a imagem a população tem deste profissional, a partir dos relatos das entrevistadas.

Por conta do programa em que estão inseridas, E1 e E3 atendem preferencialmente mulheres, seguido de casais e adolescentes, enquanto que E2 atende a todas as faixas etárias e sexo. Um ponto que E2 levantou é o aumento da procura dos homens, solteiros e casados, pelo atendimento psicológico. Percebemos também que é predominantemente a população de baixa renda que frequenta as Unidades.

Constatamos que a população que busca pelo atendimento não é apenas do município, ilustrando a disparidade e a heterogeneidade do SUS em termos de Brasil/Brasis. Ou seja, apesar da universalidade, a realidade do SUS em São Paulo difere do SUS em outros Estados, bem como entre as cidades, a depender da gestão, dos recursos, entre outros:

E2 (...) tem pessoas que vêm de diversos hospitais públicos, começando lá de interior, passou em São Paulo e veio parar na minha mão.

E3(...) vem gente da Bahia, que os parentes trazem para poder passar, então muitas vezes, já vem com algum exame que dá nódulo de mama, câncer.

E3(...) muita gente vem de longe e para passar fica uma temporada aqui para conseguir o atendimento, que nessa região Norte Nordeste aí, difícil conseguir alguma coisa.

Nos relatos abaixo, percebemos que E3 considera a população como aproveitadora de situações. Neste sentido, não verificamos nenhum questionamento social da realidade desta população, como também nenhuma fala em relação a um trabalho com vistas à autonomia/ protagonismo social:

E3 (...) eu também não posso dar tudo de mão beijada para elas, senão

elas aproveitam [grifos nossos].

E3 (...) tem muita malandragem disso também, elas são malandras [grifos nossos].

E3 (...) chega e mente [grifos nossos] *aqui para você.*

Ainda nos relatos de E3, vemos que aparentemente o papel do profissional se mostra como o de tutor dos “carentes”, ou seja, parece que há uma confusão entre carência econômica e falta de autonomia, como se pelo fato de serem “carentes economicamente” necessitam de terceiros para lhes dizer como agir e saber o que é “melhor” [embutido de juízos de valor e classe social] para eles:

E3(...) vão atrás de cesta básica, ou de alguma coisa, Instituição dá e assim eles vivem, Bolsa-Família, Bolsa, entendeu, é difícil a realidade, mas tem gente assim que parece que não, dá vontade muitas vezes de você pegar e dar aquele chacoalhão, como você faz isso? [grifos nossos] *E os maridos que saem e depois voltam a ser presos de novo, sabe, então aqui é muito disso, tem muita gente assim, então, tem mulheres com 15 filhos* [grifos nossos], *13 filhos, o marido está lá preso* [grifos nossos], *saiu, veio fazer outro aqui, depois fugiu e não voltou para prisão.*

E3(...) precisa ter um pouco mais de noção das coisas [grifos nossos].

E3(...) eu até uso muitas vezes como exemplo [grifos nossos] *nos grupos que a gente faz para o pessoal acordar* [grifos nossos]... *pela irresponsabilidade da pessoa.*

Nesse sentido, Bleger (1984) chama a atenção para que o psicólogo no seu trabalho não introduza “pautas que correspondam a nossas modalidades de vida, e sim tente compreender as pautas alheias” (p. 92). Acrescentamos ainda outra autora, Dimenstein (1998):

quando os psicólogos transpõem suas técnicas e teorias psicológicas para o atendimento da clientela que frequenta as instituições públicas de Saúde, geralmente pertencentes às classes populares, partem do pressuposto de que essa população compartilha da mesma visão de mundo, das mesmas representações e modelo de subjetividade (p.68).

Temos com isso uma conduta muito próxima à da “medicalização da vida”, termo que extrapola o uso de medicamentos (que seria a via medicalizante), a qual dita regras de como as pessoas devem se comportar (Traverso-Yépez, 2001, Junior, K., 2007).

a concepção fragmentada de Saúde e o caráter impositivo e normatizador da visão positivista da ciência têm resultado numa progressiva medicalização da vida cotidiana. Embora os denominados comportamentos ou ambientes de risco sejam uma realidade, em consequência dessa visão prepotente do profissional de ser o “dono da verdade”, a alternativa intervencionista tem sido geralmente a colocação vertical e impositiva do que os “técnico-científicos” acreditam ser “práticas saudáveis” (Traverso-Yépez, 2001, p. 53).

Esse movimento na direção da “medicalização da vida” imprime uma marca de “culpa” (Marcondes, 2004) nas pessoas, por conta de seus comportamentos, descontextualizando da estrutura social e política, como também de aspectos psicológicos inseridos nos processos decisórios.

A descontextualização referida é notada nos relatos da entrevistada, nas quais não se encontra o que essas pessoas (população) pensam, querem, buscam e quais anseios possuem; aparece a recomendação ou o julgamento do profissional:

E3 (...) eu tenho casos daqui de mulheres com 32 anos com 10 filhos.

E3(...) como tem aquela que tem um filho com cada parceiro, então sabe, fica uma situação bem, bem complicada, 19 anos e ia para a quarta cesária.

E3 (...) muito difícil assim para a gente aqui é você chegar e passar para uma pessoa o resultado de HIV ... menina novinha [grifos nossos]... namorada de um presidiário[grifos nossos].

E3 (...) tem outras que vão para as penitenciárias e engravidam lá dentro da penitenciária, vão fazer visita, não é namorado [grifos nossos].

E3 (...) esposas de presidiários e da barra pesada ... elas acham isso tudo normal, natural, vão fazer visita ... tem lógica, isso? Não tem muita lógica, essas coisas, mas acontece, você pega isso todo dia.

Observamos ainda que, nessas passagens, não há consideração pelas relações sociais, bem como não vemos problematizado o papel da mulher nesta sociedade, culpabilizando-a sem reflexão do contexto mais ampliado, neste sentido, destacamos a crítica feita por Dimenstein (1998):

A Psicologia é um campo marcado por teorias essencialistas universalistas em relação ao modelo de mulher, família, sexualidade, casamento e certas representações como a de sofrimento psíquico, corpo etc. Trabalha-se também uma determinada – tida como universal – do que seja Saúde e doença, suas causas e possibilidades de tratamento e cura, que na verdade nem sempre é compartilhada pelos pacientes. Isso consequentemente tem repercussões a nível da eficácia do atendimento dispensado às populações

que frequentam as instituições públicas de Saúde (p.67).

Essa postura apresenta-se vinculada de certa maneira à ideologia neoliberal, presente nos dias de hoje, materializando-se por meio de uma prática cada vez mais individualista, colocando o cidadão como responsável, seja pelo fracasso, seja pelo sucesso em qualquer âmbito social. Desconsiderando-se, dessa forma, o contexto no qual se estabelecem as relações, isto é, a pessoa é descolada de sua história e dos fatores condicionantes que agem sobre sua vida. Acrescentamos ainda que, são essas pessoas e suas emoções, sentimentos etc, que nascem e se desenvolvem nesse sistema que são o “material” de trabalho do psicólogo. Pensando na nossa pesquisa, são essas pessoas, inseridas nesse sistema, que chegam às Unidades de Saúde em busca de uma ajuda, uma resposta e que, por vezes, tais características deixam de ser consideradas:

a negligência de psicólogos quanto às vicissitudes políticas e sociais que reforçaram uma subjetividade individualista faz com que esta tenha um *status* naturalizado. Esta visão de subjetividade está articulada à ideia de um indivíduo independente, propagada pelo individualismo e que dá ao saber *psi* o papel de especialista, com um campo específico para sua intervenção: o indivíduo (Pombo de Barros & Marsden, 2008, p.115).

Levantamos, como questão, se a crítica feita à população estaria mais próxima ainda de uma visão universal acerca das diferenças de classes – pré-conceito –, tampouco passando pela via psicológica, e assim, excluindo a subjetividade. Ou seja, são descrições que escapam até a visão da Psicologia que vem sendo criticada por Oliveira et al.(2004), em que a autora relata a respeito das “concepções individualistas e psicologizantes de problemas sociais”, da crítica feita por Spink (1992) em relação a Psicologia Clínica tradicional, a qual “desconsidera as relações concretas e sociais” e também por Traverso-Yépez (2001) e Roso (2007), Ronzani e Rodrigues (2006). Seriam, então, percepções da Psicologia sobre a população, não fundadas em embasamentos psicológicos como subsídio teórico – independente de qual seja a linha teórica.

Em oposição a essa “padronização universal” descrita, Boltanski (1984) discorre a respeito da interação entre classe social e condutas, modos de adoecer e suas representações; fato este, distante do encontrado com esta entrevistada (E3):

a relação que o indivíduo mantém com seus corpos, a forma de habitar, expressar e verbalizar as sensações corporais, tudo isso é fruto de um *habitus* corporal, de um conjunto de práticas sociais características de

uma classe, logo escapam a qualquer tentativa de universalização e padronização (Dimenstein, 2000, p.109).

E2 faz uma crítica aos psicólogos que por ventura desconsideram a história de vida das pessoas atendidas. Vemos aí a contradição existente no campo da Psicologia, a qual deveria trabalhar a partir da história de vida de cada um e por vezes a desconsidera.

E2(...) a história que é muito rica e às vezes profissional da própria área nossa...eles deixam isso sair voando.

E2 (...) Os nossos livros, os nossos acervos é ótimo, maravilhoso para nós, profissional, para ajudar na nossa técnica, mas a bagagem mais importante é a história do paciente e muitas vezes você vai com resposta pronta.

E2(...) nós enquanto psicólogos, a gente não pode se ater muito a essa questão de uma década atrás, não pode ter vínculo, não pode isso, porque tem as linhas, eu sempre falo, o pessoal mas que linha é que, eu falei, sentimento não tem linha, sentimento não tem linha.

Portanto, não é possível uma generalização, pois as três entrevistas mostraram posturas e formas de conduta de trabalho muito diferenciados, que vão desde o trabalho em conjunto com a população, ao atendimento psicoterápico exclusivo, passando por juízos moralistas e de valor.

Pelos relatos que apresentaremos abaixo percebemos um desconhecimento de E2 e E3 em relação às políticas de Saúde, apresentando-nos uma visão muito difundida nos meios de comunicação em relação à soberania dos convênios particulares em detrimento do serviço público, este visto de modo negativo e procurado pelos “desfavorecidos” (Traverso-Yépez, 2001, p.51). Com isto, vemos mais uma vez o juízo de valor predominando em relação ao saber técnico/científico/político. Vemos também que há uma suposição de que no consultório particular ou no convênio, o trabalho é mais bem realizado. Abrangendo a discussão, podemos dizer que essa visão se assemelha muito a do senso comum, ou seja, tanto o profissional quanto a população compartilham da mesma visão referente à fragilidade do sistema de Saúde, o que pode ser verídico, mas não encontramos nenhuma fala condizente a um trabalho visando ao resgate da política de Saúde como direito e da participação social no SUS. Não encontramos um trabalho que incite a população a lutar por um sistema de qualidade, sendo este um direito e não a [única] opção dos que não podem pagar:

E3(...) é muito difícil [grifos nossos] o pessoal, que não tem um convênio, que não pode pagar [grifos nossos] um convênio e isso vem aumentando cada vez mais... desde que eu estou aqui, muita gente já veio, muita gente tem convênio na firma, depois perde emprego.

E2(...) eu tratei como se fosse num consultório particular [grifos nossos] assim normal porque é no serviço público a pessoa não pode ser atendido como o outro que paga, quer dizer, eles também pagam, então eu não gosto disso, eu acho que todo mundo é um ser humano, todo mundo tem suas dificuldades.

E2 (...) não por nada, mas muitas pessoas que chegam para mim, que estão chegando aqui, de convênios, de consultório particular, entendeu? Por quê? Ah, mas é que eu quero passar aqui com a senhora porque eu ouvi falar... o diferencial às vezes dar atenção.

Não seria papel da Psicologia, em tempos atuais, resgatar o compromisso ético, enquanto profissionais que articulem o seu saber e contextualizem sua prática, de acordo com os princípios do SUS, uma vez que, ao se nomear como profissional de Saúde, deve-se buscar conhecimentos de quais diretrizes permeiam este campo, cabendo ao profissional saber a respeito das políticas e programas da Instituição a que pertence, em busca de uma prática articulada, problematizando a função dos conhecimentos específicos de cada profissão?

B.1.2. O psicólogo pela perspectiva da população

Pelo relato que apresentaremos abaixo, veremos o quanto a população ainda vê o trabalho do profissional da Saúde Pública como caridade (“bondade”) em detrimento de um direito social conquistado, o que nos leva a pensar na carência de um trabalho com vistas à educação política da população, conforme destacamos no item anterior:

E3- (...) tentar agilizar e o pessoal eu sei que gosta, o pessoal, e eles, acho, até fala [grifo nosso], ah que eu sou boazinha [grifos nossos], eu não acho que eu sou boazinha...ela atende bem, ela dá atenção, é a minha função, é a minha obrigação, meu serviço é esse.

Na entrevista de E2, notamos que a compreensão do trabalho do psicólogo para a população, permeia ainda uma diferenciação de classe, pois a entrevistada nos disse que aos que podem pagar, a ida ao psicólogo é algo elitizado, enquanto que para os demais, ainda é visto como um serviço prestado para quem é “louco”; então tenta

explicar à população o seu trabalho e relata que posteriormente tem um retorno positivo, com outra perspectiva por parte da população referente ao psicólogo:

E2(...) então para aqueles que podem pagar é elitizado, para aqueles que são menos abastados, nossa, não sou louco, é, e assim chegando aqui eu explico direitinho, aí eles próprios, nossa, se eu soubesse que era tão bom psicólogo assim, eu teria vindo antes, ah, eu tinha uma distorção, tão, tinha um uma noção de que psicólogo era para louco.

B.2 Relações vinculares entre o psicólogo e a população

B.2.1 Psicólogo e população

Abordamos no tópico anterior quem era a população na visão do psicólogo e, a partir da fala deste, qual é a imagem que ele tem da imagem de seu trabalho, criada pela população. Agora, abordaremos os vínculos estabelecidos entre esses dois atores dentro do SUS.

Há dez anos nesse trabalho, as pessoas já procuram E1 diretamente. A população reconhece o psicólogo além do trabalho psicoterápico, ou seja, aparentemente esse trabalho está consolidado por outros parâmetros que não o hegemônico na Psicologia:

E1(...) as mulheres já me conhecem, então pedem ajuda, se tem alguém precisando de psicólogo, não só para psicoterapia, para outras coisas ela vem atrás [grifos nossos].

A mesma entrevistada contou que no grupo de mães e bebês, constrói um vínculo desde o começo. Isso possibilita um retorno por parte delas, quando necessitam, tornando-se uma relação de referência de onde procurar ajuda e/ou orientação:

E1 (...) eu acho esse grupo de mães e bebês muito bom, muito interessante, que a gente já pega assim no comecinho mesmo, já um vínculo [grifo nosso] também da gente com elas, que é o momento em que elas estão sensibilizadas, então é muito interessante, elas se apegam a gente, sempre que precisam, retornam, nos procuram [grifos nossos], então acho que aí é um momento muito importante.

No que tange à equipe do programa Saúde da Mulher, esta é responsável por

possibilitar maior “agilidade” para o atendimento, e segundo E3 a população “recebe bem” este programa, conforme exposto abaixo:

E1 (...) é como eu vim para o serviço de acolhimento da Saúde da Mulher, o nosso trabalho sempre foi voltado para dar uma resposta, uma retaguarda para essas mulheres.

E3 (...) elas [se referindo às mulheres] não têm condições muitas vezes de chegar numa recepção e dizer o que está acontecendo, tem vergonha, então assim, esse treinamento que a gente teve foi justamente [para ingresso no Programa] para abrir as portas para que essa mulher tivesse mais acesso.

E3(...) se ela tem um problema mais sério e ela precisa ser atendida, eu tenho sempre uma vaga minha lá, que é minha mesmo, para isso, para os casos mais urgentes, então é priorizado, sempre tem vaga.

A boa receptividade pelas mulheres participantes do programa da mulher possibilita a melhor execução dos trabalhos propostos. No entanto, notamos em E3 também uma queixa quanto à falta de adesão das mulheres, todavia sem nenhum questionamento quanto ao sentido do trabalho realizado para aquela população, mostrando indícios de um conceito universalista de saúde–doença, e menosprezando as diferenças de classes, culturas, crenças, percepções, em conformidade com Minayo (2008).

E3 (...) porque muitas vezes você fala, passa no médico, elas melhoram, elas não colhem o Papanicolau[grifos nossos].

B.2.2 As dificuldades reconhecidas pelos profissionais

O primeiro ponto reconhecido como dificuldade é o espaço, tanto E3 como E2 se referem a esse fator. Além desse, E2 destaca a falta de recursos materiais como um dos problemas a serem enfrentados na rotina do trabalho:

E2 (...) essa sala aqui [se referindo à sala que estávamos fazendo a entrevista] a moça, de manhã é ela e a tarde sou eu, só que agora ela voltou de férias, então assim, eu peguei uma salinha lá no fundo, que ela está até feinha.

E3(...) os que estão aí fora muitas vezes escutam, então precisaria ter um lugar mais adequado para fazer mais atendimentos, aqui a gente não tem.

Encontramos no relato de E3 uma crítica em relação ao espaço físico, o que prejudica a privacidade dos atendimentos, o que na Psicologia vemos como essencial para o desenvolvimento de um trabalho.

E2 (...) tem esse problema de sala, espaço físico, material, eu trago meu notebook, eu que vou atrás dos materiais que eu preciso, livros, é eu que trago, o material que é usado aqui eu que trago, as minhas revistas, eu trago a minha tesoura, eu trago o meu lápis de cor, eu trago meu giz de cera Porque às vezes, se você for pedir, fazer um ofício para pedir, às vezes demora muito e toda aquela burocracia e vai para onde, vai para não sei o que, porque que quer e porque, o paciente ele está aqui hoje, ele não quer saber, ele precisa, eu preciso de estar aqui com o material, para poder atender ele ... que nem eu vou fazer grupo, vou, grupo a gente usa muitas dinâmicas, para você fazer determinadas dinâmicas, você precisa ter material, que nem eu, trago meu notebook, só que assim, está sem o datashow, então tudo bem, meu notebook tá aí, vamos usar, é meu mais não tem importância.

E2 (...) na verdade eu não sei te dizer nem como eu poderia pedir isso, para quem e se iriam me disponibilizar, entendeu, nem, não posso dizer nem que iriam ou não, porque é difícil às vezes de você conseguir coisas mínimas, imagina coisas um pouco mais complexas.

Ainda de acordo com E2, um meio de lidar com essas dificuldades de falta de recursos é usando a “criatividade”, não sendo esta falta de recurso “material” responsável pela execução bem feita (ou não) do trabalho:

E2 (...) se não tem, você tem que criar e para criar, você tem que ter tempo, você tem que correr atrás, mais isso não faz com que você enquanto profissional vai ser melhor ou pior, não, você tem que oferecer aquilo que você tem em mão.

E2 (...) se você tem um WISC, para você, analisar... ótimo, mas infelizmente como você às vezes não tem esse material você tem que ver aqueles nas suas condições que dá para você está utilizado está tendo a oportunidade de mostrar o mesmo objetivo daquele outro material.

As entrevistadas se detiveram, de forma geral, em dificuldades relacionadas ao espaço físico ou à falta de recursos materiais e humanos, distanciando-se de uma crítica em relação ao próprio trabalho (que inclui o realizado em equipe), em outras palavras, muitos problemas são reconhecidos pela falta de recursos, e não pelos recursos já existentes da forma como estão.

Contudo, esse não reconhecimento destes problemas, pode estar relacionado às “estereotipias” e “cronificações” citadas por Bleger (1984). Deste modo, podemos dizer que não há uma problematização com tal teor de engajamento a ponto de

mobilizar ações contra a aparente estagnação; uma vez que “o que comumente se chama adaptação é a submissão à alienação e a submissão à estereotipia institucional” (p. 57).

E3(...) a maior dificuldade, talvez assim, não tem, não sei se eu já acostumei tanto com as coisas aqui.

E3(...) preocupada de ter que sair [referindo-se a troca de gestão e eventual mudança de serviço], porque eu não sei também se eu me adaptaria, porque é muito tempo fazendo isso aqui.

Núcleo C- A construção do lugar da Psicologia na Saúde e suas consequências para a atuação

C.1 Diversidade x Homogeneização das Práticas do Psicólogo

C.1.1 Especificidade do Trabalho do psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde

Iniciamos o núcleo C. Nesse ponto analisaremos como a Psicologia está contribuindo para a Saúde, como se relaciona com esta e qual o papel do psicólogo nessa área de atuação, observando os procedimentos específicos a ele.

Verificamos no relato de E1 que a especificidade do psicólogo versa sobre os conteúdos emocionais, ao comentar o conteúdo trabalhado como prevenção de gravidez em adolescentes, utiliza-se das palavras “medos, inseguranças, expectativas”. Tal entrevistada faz ainda uma diferenciação de um grupo sobre métodos contraceptivos realizado por uma psicóloga ou por uma enfermeira:

E1 (...) o nosso olhar é diferente...o grupo de planejamento familiar feito por uma enfermeira é mais a informação, eu trabalho mais essa questão da escolha, como é que é isso, de ter ou não filhos, é, eu vejo outra forma, não fico apegada só aos métodos, os métodos também são esses, esses e esses, mas que forma, que momento, porque é difícil, é, se organizar para usar o método anticoncepcional, se não tem o desejo da maternidade que está impedindo, o uso do anticoncepcional ou não, em que momento que vai ter, planejar realmente, então eu trabalho nesse sentido não de uma linha que eu vou lá e dou os métodos ... eu acho muito interessante, tenho muito feedback nisso.

Quando E2 relata um caso de atendimento de um adolescente, enfatizando a

necessidade de trabalhar com o que está “ocasionando” determinados “comportamentos” e não apenas eliminá-los (podemos relacionar aos fatores emocionais envolvidos), observamos uma abordagem do que seria específico do psicólogo. A entrevistada disse, ainda, que nesse caso, seu trabalho seria o de “trabalhar com as emoções dele [paciente adolescente] com a mãe, com o pai e com a escola”:

E2 (...) ele teve uma evolução muito grande aqui trazendo para mim é os conteúdos internos, como adolescente, comecei a tratar ele normal, quer dizer, tratar normal que os outros achavam que ele não era, que ele mesmo dizia que as pessoas, os outros profissionais achava que ele não era normal eu até pedi para ele me descrever o que era normal, ele ah, isso que você está fazendo, conversar comigo, olhando, não me questionando tanto de determinadas coisas.

E2(...) isso é mais importante para nós, ver que você está conseguindo fazer com que o outro do outro lado, sintam-se bem com o tratamento, mas aí você tem que incluir junto nessa bagagem o calor humano, o sentimento, emoções.

Esta entrevistada também destacou a diferença do trabalho do psicólogo e a conversa entre amigos, destacando que a conversa e a escuta do psicólogo precisa ser “diferenciada”. Ao falar disso, ela ressalta que este profissional deve “sentir” e “estar” “com o paciente”:

E2(...) porque é diferente uma conversa de botequim, onde os homens, por exemplo, que estão procurando muito a área da Psicologia ... ele chega lá a tarde no botequim e conversa, pô, briguei com a mulher, ou então isso, aquilo, os filhos, ou a situação econômica, aí, ah, você é bobo, larga a mulher, deixa para lá, que não sei o que, isso é uma conversa ali entre eles de colega, agora a nossa conversa precisa ser diferenciada? Nosso escutar, precisa.

Tais fatos colaboram para a discussão a respeito do procedimento de trabalho do psicólogo em suas características singulares, a fim de problematizarmos o que constitui o trabalho deste profissional em sua identidade, para além dos contextos institucionais, conforme sintetizado abaixo:

[o que] marca a especificidade da clínica psicológica e a diferencia de uma prática grupal educativa é a busca de compreensão de como diversos fatores coletivos afetam emocionalmente cada sujeito e como processos de subjetivação, são encadeados em certos contextos sociais e em processos singulares de adoecimento (Pombo de Barros & Marsden, 2008, p.120).

Das atividades que compõem o planejamento familiar vemos que muitas similares são desempenhas por profissionais diversos, mas as avaliações psicológicas para cirurgia de vasectomia e laqueadura são restritas ao psicólogo; o que não significa dizer que o trabalho do psicólogo se limita a esta avaliação, haja vista as inúmeras atividades já descritas no núcleo A.2.2.

Outra diferenciação e peculiaridade que E2 apresentou foi o fato de sua agenda não ficar na recepção, e sim com ela, pois segundo a mesma é o psicólogo quem deve “filtrar” os casos que atende. Com isso, pontuamos que o profissional mais qualificado para fazer as triagens da Psicologia, é o próprio psicólogo, mas muitas vezes os serviços não abrem espaço para tanto e nem mesmo o psicólogo se coloca frente a esta problemática, atendendo prontamente os encaminhamentos, já triados por terceiros:

E2 (...) às vezes o diretor vai chegar para você, a agenda tem que ficar aqui, só que ele não sabe filtrar isso, não é todo mundo que faz isso, você entendeu? Só que eu, eu, eu quero ver papel por papel, por quê? De repente, porque vem no código, geralmente é o CID-10, que é usado, então vem nos códigos, as meninas lá na frente vão saber? Ou as pessoas? Não, fala não, não tem vaga, às vezes é um caso tão complexo.

O SUS possui, conforme mostramos, uma rede hierarquizada de atendimentos de acordo com seu nível de complexidade. As atividades, conseqüentemente, variam; como por exemplo: na Atenção Básica, o funcionário com atividades exclusivas em Unidades Básicas mantém ações diversas do profissional da Atenção Básica que participa do PSF. No caso das nossas entrevistadas, vimos que as psicólogas que pertenciam ao programa Saúde da Mulher realizavam diversas atividades diferentemente da entrevistada que era funcionária da Unidade e não pertencia a nenhum programa.

Nas psicólogas participantes do programa Saúde da Mulher, encontramos inúmeras atividades realizadas para além do trabalho psicoterápico tradicional, tais como: acolhimento, grupos e outros tipos de atendimentos. Vemos que o acolhimento, privilegiado na Atenção Básica, tem sido realizado pelas duas psicólogas deste programa e também que dentre as atividades realizadas, algumas são consideradas pelas mesmas, como sendo de prevenção, mas nenhuma das entrevistadas mencionou realizar atividades que consideram como de “Promoção de Saúde”. Dados esses, que se distanciam com os de Dimenstein (2001), em que na pesquisa com psicólogos de UBS a autora mostra que o trabalho se aproximava ao “modelo da clínica privada”,

mas mostram certa semelhança, na medida em que os entrevistados mantinham ações distantes das de Promoção de Saúde.

Aproximam-se também dos dados obtidos pelo CREPOP (2008) em que de toda a amostra apenas 21,1% (53 do total de 240) realizavam este trabalho. Essa baixa incidência também foi demonstrada na pesquisa de Oliveira et al.(2005) em relação às indicações de Prevenção de Doenças e Promoção de Saúde.

As duas pesquisas acima se mostram contrárias às ideias propostas por Bleger (1984), nas quais o autor defende a atuação do psicólogo nas práticas de Promoção de Saúde. Percebemos também uma ausência de “ações intersetoriais” (Koda, 2009, p.72).

E2 comentou o caso de um “suicida gravíssimo”, e E3 descreveu um atendimento de uma paciente esquizofrênica que realiza há sete anos, o que pela complexidade dos casos, acreditamos que não deveria ser demanda para Unidade de Saúde:

E2 (...) é estupro, é suicídio, de adolescentes, de pessoas adultas, é, brigas familiares diversas, coisas assim, é, pedofílias da vida que eu já peguei aqui muitas....Tenho casos aí que está sob jurisdição.

E2 (...) tem pessoas que está aqui comigo há 8 meses, 1 ano, que vem de depressão aguda, tava com medicamentos pesados.

Percebemos que, em alguns momentos, não parece haver uma separação das atividades referentes ao nível de atenção, seja pela complexidade do caso ou pelo procedimento realizado. Fato este, também demonstrado em Velasques (2003): em seus resultados os psicólogos das UBS's realizavam tarefas também de outros níveis de atenção.

a descontextualização desse modelo de atuação [do psicólogo] fica mais evidente nas Unidades Básicas de Saúde. Nessas instituições a priorização da clínica, restrita às atividades de consultação, tem tomado lugar das atuações integradas às atividades próprias ao nível de atenção esperado. Dessa forma, priorizam-se as ações individuais em detrimento das conjuntas em equipes (R.Silva, 1992, p.29).

No entanto, algumas atribuições do psicólogo na Atenção Básica ainda remetem a outros níveis de complexidade, retomando as ações do psicólogo no NASF, designadas como de “Saúde Mental”, em que encontramos palavras como “doença mental”, “adesão a práticas preventivas”, “incorporação de hábitos de vida saudáveis”

e “uso abusivo de álcool e drogas” (Nunan, 2009, p.28-29). Dados estes, que tornam se críticas de Nepomuceno (2009), ao dizer que as “contribuições” da Psicologia à “ESF e ao SUS” extrapolariam essa “dimensão curativista”.

Já em relação aos relatos da entrevistada E1, percebemos que esta descreve uma diferenciação entre os níveis de atenção. Pode ser que o fato de ela ter realizado trabalhos na Saúde Mental e, posteriormente, ter dado seguimento ao seu trabalho em Unidade Básica, tenha contribuído para discernir as características:

E1(...) Eu acho importante esse trabalho do psicólogo na Saúde da Mulher, porque tem esse olhar que é, estando na Saúde Mental, não que você deixe de ter, até, talvez uma coisa pessoal, minha, eu sempre tive, eu sempre trabalhei com adolescente, eu sempre me preocupava com a prevenção, eu sempre falava de uso de preservativo, eu sempre tive esse olhar ... essa ligação de falar com o pessoal do trabalho com prevenção, eu acho que mesmo estando na Mental dá para ter esse olhar, mas se você estiver mais específico é, você trabalha melhor, por inteiro [grifo nosso].

E1(...) a presença do psicólogo, acolhendo, recebendo, ouvindo, também é muito importante.

No que tange ao modelo de trabalho “assistencial curativo” (Oliveira et al., 2004) vemos que este ainda está presente, de certa forma, na prática em Unidades Básicas e o reconhecimento da Psicologia por esse viés:

E2(...) tem pessoas que quer suicidar porque não aguenta mais ver o pai alcoólatra há tanto tempo, mãe brigando, os dois se esfaqueando em casa na frente dos filhos, brigando todo dia, sem o que comer dentro de casa, passando necessidade, você entendeu?... quer se suicidar porque não aguenta mais é situações do dia a dia.

E2 (...) as pessoas estão pedindo socorro e às vezes não é um socorro orgânico, é emocional...então ele está pedindo socorro, só que ele não sabe a diferenciação.

E2 (...) Então você atende um caso, você atende, você achou que aquele foi, foi duro, aí entra um pior do que aquele, pior que eu digo assim em todos os gêneros que você puder imaginar.

Neste sentido, em relação ao “atendimento individual”, em discordância ao posicionamento de que na Saúde Pública o trabalho só é válido se for realizado para e no coletivo, vemos a partir de alguns trechos das entrevistas, que muitas vezes a pessoa necessita deste tipo de atendimento e que o psicólogo é o profissional

preparado para acolher as demandas emocionais, até mesmo para que esta pessoa se fortaleça no coletivo e nas próprias Unidades. Nessa perspectiva, consideramos a questão do encaminhamento aos serviços especializados, mas problematizamos em relação aos casos de emergência que chegam às Unidades e precisam de um acompanhamento imediato; cabe ao psicólogo acolher e realizar um atendimento para posterior encaminhamento ou encaminhá-lo, sabendo das reais possibilidades e das atividades da Psicologia na Saúde Pública, e que as atividades da Psicologia não sejam reconhecidas somente nessa especificidade.

Retomando Merhy e Queiroz (1993) vemos que esse “predomínio da clínica individual” na Atenção Básica não se restringe somente aos psicólogos, estendendo-se a todo o serviço, “baseada no paradigma biológico, em favor da lógica da Saúde Pública” (p.183).

Diante desses questionamentos nos parece que a especificidade do psicólogo na Saúde Pública, em geral, ainda é um tema que deixa mais interrogações do que resposta e vemos que quando direcionamos nosso olhar para um segmento (Atenção Básica) deste campo (Saúde Pública), torna-se ainda mais difícil.

C.1.2 Teoria e Técnica do Psicólogo: embasamentos para a prática

Durante nossa entrevista, E2 discorreu acerca das técnicas empregadas nos atendimentos, que segundo a mesma, devem ser diferenciadas de acordo com o paciente:

E2(...) A gente não pode usar... uma técnica que serve para um, não serve para outro, então peraí, vamos ver o que ele vai me trazer para eu poder trabalhar com ele da forma mais adequada, então é ele que vai te trazer, e você vai o que, junto, andar com ele, mostrar os caminhos, sem se interferir na vida dele, mais uma coisa onde a pessoa se sinta bem e ela tenha o espaço para ela poder falar, não um cala a boca.

E2 (...) o paciente falou do que ele veio aqui? Ele conseguiu desabafar? Ele conseguiu ser ouvido? Ou o profissional interrompeu ele atendo-se apenas aquele questionário pronto? De repente ele veio aqui e saiu pior, por que? Ele veio aqui, aí que bom, encontrei alguém que vai me ouvir e chega aqui é o cala boca.

Seguindo nessa temática, E2 critica o profissional que define e cristaliza sua

prática em uma teoria, apontando uma diferença fundamental entre o que é aprendido nas escolas de Psicologia, com o que o profissional encontra no seu dia a dia de trabalho:

E2 (...) isso é experiência do dia a dia, não tem em livro nenhum isso, não vai encontrar, como que você resolveu o caso daquela paciente que chegou lá, assim? E o outro, como? Não sei, é na hora que você vai ver, não tem como você, aí meu Deus, esse caso aqui, como, deixa eu procurar, não dá, não tem como, você tem que estar preparado para o que der e vier, entendeu?

E2 (...) a teoria nos ajuda, muito, só que você aprende mesmo na prática, no seu dia a dia e as situações que você é, vai vivenciando... a prática que vai fazer com que você cresça, porque na faculdade, é quando você está lá fazendo cursos, é uma coisa, quando você tem a prática na sua frente é que vamos ver, aí é onde você começa realmente a crescer porque nem sempre aquilo que você viu, aquilo que você aquilo que você lê é o que você vai ver na sua frente, não, muito diferente, você tem a teoria para te dar uma base, agora a prática é tudo[grifos nossos] e te traz muito e te cresce muito, eu cresço muito na prática, eu acredito que é assim, o a teoria ela me ensinou, muitas coisas, mais onde eu aprendi mesmo foi na prática no dia a dia com a pessoa.

E2(...) uma coisa que a gente aprende desde lá o começo, é 50 minutos, no máximo uma hora, hum, só que tem n casos, principalmente no serviço público, que não tem como você reprimir a pessoa, colocando o sentimento dela, são histórias assim longas para ser contadas, que você não adianta, você, não é a teoria dos nossos livros que vai dar a solução para aquele caso, é a história que ele traz, entendeu?

Contudo, percebemos em alguns trechos um posicionamento quase opositor entre teoria e prática (“a teoria nos ajuda [grifo nosso], muito, só que você aprende [grifo nosso] mesmo na prática”) ou ainda uma separação em dois momentos que poucas vezes se unem. E2 realiza certa distância entre teoria e prática, de modo a excluir uma perante a outra; visão esta que se opõe a Bleger (1984, p.19), quando o autor se refere a “práxis com dois momentos, um teórico e outro prático, mas que são inseparáveis entre si”.

E2 (...) seguir muito a linha teórica junto ao paciente e perder a essência do seu lado profissional, do seu eu enquanto profissional, do seu eu enquanto pessoa, porque precisa ter Dom, não é simplesmente eu vou ser psicólogo, eu acredito que é algo que venha de dentro para fora, porque se você for fazer como muitas pessoas faz, pelo financeiro, é delicado porque você realmente vai seguir pontualmente, a pessoa pode está em prantos, ela pode está, chega a hora do relógio, tchau, pode ir embora.

Ainda em relação à E2, vemos que esta se vale da expressão “precisa ter dom”, mais um momento em que se distancia do que normalmente é visto como ciência ou teoria. Outra oposição criada é o fazer “pelo financeiro”, nessa situação seguir-se-ia a teoria rigorosamente, mesmo que a pessoa esteja “em prantos”. Dessa forma, o contrário, não fazer “pelo financeiro”, poder-se-ia supor uma maior humanização no sentido dado ao senso comum, mas não humanização no sentido das teorias psicológicas e da Saúde.

No trecho abaixo, a oposição entre teoria e prática é acirrada. A entrevistada equivale o ser humano à ferramenta, sendo que este é o “objeto” (na verdade suas emoções, sensações e história de vida), é o sujeito do qual temos o objeto de nosso trabalho, diferente das ferramentas, ou seja, das técnicas. Os relatos de E2, nesse momento, indicam uma visão de que a produção teórica, acadêmica ou científica é produzida sobre bases idealistas e não materiais, desconsiderando a própria história da produção de conhecimento da Psicologia e da Psicanálise, que se desenvolvem a partir de experimentações práticas e casos clínicos:

E2 (...) acho que falta preparo por parte administrativa, por parte de direção, da direção, porque não importa, você pode ter as pós da sua vida, os seus mestrados, MBA's da vida, entendeu, mas se você não tiver o conhecimento prático, esse conhecimento todo que você tem vai para o lixo, porque você não sabe tratar com a ferramenta mais importante que é o ser humano, então o relacionamento interpessoal é muito, muito, extremamente importante, esse é o, o que pega, os colegas também, está engajado nessa mesma situação, falar a mesma linguagem, para que esse mesmo paciente que está pedindo socorro, seja acolhido, tanto da recepção, chegou lá na porta, passou, chegou até aqui e saber como chegar.

O conceito de filosofia da práxis, sobre o qual Bleger se apoia, se completa quando o próprio sujeito se altera e quando a realidade é alterada. Ao colocar a teoria na prática e observar suas limitações, o psicólogo deve mobilizar seus conhecimentos e sua capacidade de atuação, a fim de agir sobre a própria teoria e retornar à prática. E não simplesmente descartar os preceitos teóricos.

Já nos relatos de E3, observamos modos de intervenção com juízos de valores da “classe média urbana”, unidirecional e de “cunho normativo” (Junior, K., 2007), sendo citadas palavras como: “conserto” e “reverter” em relação ao modo de trabalho, o que nos faz pensar que o espaço para conhecimento singular da história de vida fica distante, instaurando assim, uma concepção universalista e, como já nos referimos,

próxima da “medicalização da vida cotidiana” (Traverso-Yépez (2001, Junior,K., 2007)). Tal posicionamento se relaciona com a “educação sanitária”:

a concepção de “educação sanitária” pressupunha um entendimento que as pessoas deveriam ser informadas e convencidas a modificarem seus hábitos. Educar estava ligado a corrigir certos valores disseminados na população e submetê-la à disciplina da vida burguesa moderna (Chiapinotto, Fait & Junior,M., 2007, p.157).

Em outras palavras, parece que o trabalho se pauta mais pelo coercitivo do que pela via compreensiva da dinâmica psíquica e social:

E3- (...) para que a pessoa se conscientize que dali não dá para fazer muita coisa mais desde que a gravidez já, já está grávida, que está presente a gravidez, que eu acho que é mais fácil aceitar e nunca rejeitar aquele bebê porque essa rejeição pode trazer para ela problemas futuros com essa criança.

Esse trecho aponta para uma direção determinista, em que a “grávida” deixou de ser vista em sua singularidade, havendo já uma diretriz de como ela deve se comportar, desprezando assim seu sentimento, que pode ser contrário ao esperado. Nesse sentido, parece que o psicólogo ao invés de abrir espaço para que esse “não esperado” pudesse ser compreendido, partiu de premissas do que considera ser correto, sem aparentemente um referencial teórico da Psicologia para tal prática.

No discurso apresentado, não parece haver espaço para a subjetividade e a posição da psicóloga não aparece respaldada por nenhuma concepção psicológica, desenhando dessa forma a linha tênue entre o senso comum e o científico. Acreditamos que o subsidio teórico auxiliará na compreensão da história de vida. Queremos com isso abrir questionamentos quanto à especificidade e à contribuição que a ciência psicológica traz para tais termos, o que não apareceu explícito no relato da entrevistada.

Ainda referente a essa falta de embasamento teórico, quando perguntado a respeito da relação entre a teoria e a prática, esta entrevistada, utilizou-se de expressões como “tentar tirar das pessoas [grifos nossos] (...) coisas, experiências”, “tentando dar [grifos nossos] para essa pessoa o humanizar”, “prática de uma atitude boa [grifos nossos]”.

Apresentaremos abaixo trechos citados por E3 referente à paciente esquizofrênica que atende já há sete anos, a qual conforme dissemos, pensamos que

deveria ser atendida em um centro especializado de Saúde Mental:

E3 (...) ela não me abandona [grifos nossos] e eu fico com pena [grifos nossos] até, que ela não tem jeito [grifos nossos], é esquizofrênica... cada pouco ela inventa [grifos nossos] alguma coisa ... minha encarregada diz para mim, dispensa [grifo nosso]ela, eu falei ela é uma, ela tem a mim [grifos nossos] assim como uma salvação [grifos nossos]... é um caso muito complicado e que não tem, nem lá na Psiquiatria [grifos nossos]vão dar um, consertar [grifo nosso] e nem eu aqui consigo, porque ela é muito complicada, quando você pensa que você está acertando uma situação ela vem e joga outra coisa.

Na descrição dessa paciente e do atendimento realizado, constatamos uma visão estereotipada do doente mental e do poder autoritário que o profissional exerce, sem muitas vezes perceber. Chamamos atenção para as falas de Boarini (2001) e Dimenstein (1998, 2000), a respeito da falta de preparo dos psicólogos para trabalhar com essa demanda, levando em consideração o tempo de formação dessa entrevistada, época em que tais discussões eram distantes da Academia.

Vemos também em E3 um desconhecimento das possíveis reações psicológicas frente a um “diagnóstico”; ao relatar o caso de uma jovem que ao receber o resultado positivo de HIV não manifestou nenhuma reação e posteriormente não conseguia sair da cama:

E3(...) na hora ela saiu tudo bem e eu esperava uma outra reação, que ela fosse se desesperar ela não teve isso.

Este modo de conduta “esperado”, de que as pessoas “se desesperem” ao receber um diagnóstico, se assemelha ao conhecimento do senso comum. E como afirmar que o silêncio não é uma manifestação de desespero? Consideramos que a partir dos conhecimentos psicológicos, da subjetividade, a posição desta profissional seria a de acompanhar as reações em seu modo singular, auxiliando tanto a paciente como a equipe, uma vez que cabe ao psicólogo conhecer os mecanismos psicológicos envolvidos nessas situações e trabalhar de acordo com a reação de cada paciente.

No que concerne à formação continuada, E1 nos disse ter feito curso de Saúde Pública (Pós Graduação), “voltado para o trabalho”, “olhar mais para a administração”, não ficando somente na “parte do atendimento, de psicoterapia”. Fez também curso de Psicossomática e participa há mais de 10 anos de um grupo de estudos centrado em Winnicott.

Por sua vez, E2 nos disse que “sempre” está fazendo “cursos de aprimoramento” com temáticas dirigidas à “adolescentes e terceira idade” e também que participa do que a convidarem. “Gosta” da “linha comportamental”.

Vemos com isso, apesar de alguns relatos, que as entrevistadas mantêm algum contato com possibilidades de estudos teóricos. No entanto, não sabemos como se realizam tais estudos e de que forma são engajados pelas profissionais.

C.2 Psicologia e Instituições de Saúde

C.2.1 Possibilidades e Limites da Atuação

A categoria geral 2 do núcleo C aborda a relação entre Psicologia e as Instituições de Saúde. De que forma se dá tal relação?

Tanto no atendimento de E1 como no de E3, o trabalho não se limita à psicoterapia, uma vez que as entrevistadas fazem parte de um programa que desde sua formação inicial tem objetivos diferenciados do “tradicional” papel do psicólogo na equipe. Deste modo, questionamos se é possível (ou de que modo) ao (o) psicólogo ingressante em uma equipe, que não com estas características, realizar um trabalho diferenciado, não se restringindo ao atendimento psicoterápico. Em outras palavras, queremos dizer o quanto a gestão da Unidade e o esperado deste profissional podem interferir diretamente nas possibilidades de atuação.

Levantamos este ponto, pois encontramos no relato de E2, a entrevistada que não pertencia a este programa, uma dificuldade de atender a alta demanda de atendimentos psicoterápicos, não havendo tempo para outras atividades, muitas vezes nem mesmo para esta demanda.

Relacionamos isto à outra questão: um dilema ético para o profissional inserido nesses serviços, visto que convive com o sofrimento humano diariamente e necessita dar respostas imediatas. Nem sempre a atuação contemplará o atendimento pretendido ou esperado pelo profissional, considerando ainda que a demanda, que é por sua vez, significativamente maior do que a oferta.

O atendimento a essa demanda (ou a tentativa para tanto) passa muitas vezes pela escolha entre realizar uma psicoterapia individual ou um trabalho com a população em grupo, por exemplo. Isso nos leva a outra discussão, a respeito do

trabalho; se o trabalho do psicólogo na Saúde Pública deve ser somente em grupo ou se pode ser realizado um trabalho psicoterápico individual.

Nos apoiamos em Oliveira et al.(2004), em que a autora coloca como questão a restrição do trabalho a este tipo de atendimento [individual]:

não queremos afirmar que a Saúde Pública não seja lugar para a clínica ou para a psicoterapia; elas são possíveis e, eventualmente necessárias. Entretanto, não se pode restringir o trabalho do psicólogo nesses locais aos atendimentos psicoterapêuticos, sob o risco de fracasso no cumprimento dos princípios do SUS, de cronificação dos usuários e de impor um modelo único de ação para usuários extremamente diferenciados, que padecem de males os quais muitas vezes não tem relação com aspectos internos, inconscientes ou existenciais (p. 86-87).

Assim, podemos avançar um passo na reflexão e tentar analisar o papel que esta ciência desempenha nesse campo e de que modo esses profissionais vêm se posicionando, seja como protagonista ou coadjuvante.

Tomamos Como ponto de partida a reflexão sobre o que seria imprescindível ao campo da Saúde, sendo comumente considerado o médico. Ao apoiar-se tal consideração, vincula-se a concepção de Saúde ao modelo biomédico, entretanto se partirmos do modelo biopsicossocial e a definição de Saúde como um processo saúde-doença, o psicólogo, como os demais profissionais da Saúde, reconhecidos como tais, também se fazem imprescindíveis e não apenas como um coadjuvante.

Quando falamos em inserção do psicólogo na Saúde, podemos depreender a ideia de que este campo [Saúde] pode “existir” sem a referida inserção. Ou seja, chamamos de SUS, ainda que o psicólogo não participe? Se a área da Saúde pode ser constituída sem a Psicologia, então Saúde “vive” sem Psicologia? O papel da Psicologia seria complementar e não essencial?

Diante dessas questões, qual é a participação que a Psicologia vem realizando nesse sentido? E de que forma essas discussões saem dos fóruns de base para junto dos trabalhadores que estão dia a dia na rotina do serviço público?

Desse modo, esta discussão de certa forma se aproxima da que iniciamos nosso trabalho, quando nos referimos à triangulação [SUS-Psicologia-População]. Usaremos, nesse momento, somente dois vértices desse triângulo, a Psicologia e a Saúde, e nossa reflexão se faz em torno da aproximação entre estas, considerando que uma não é sinônimo da outra, mas, ao mesmo tempo, se nos apoiarmos no modelo de Saúde que embasa o Sistema de Saúde que temos no Brasil, uma não existiria sem a outra.

Em outras palavras, a concepção e a prática da Psicologia são impossíveis sem este campo maior, que é o da Saúde e este por sua vez, não existe sem a Psicologia. Caso isso ocorra [e vemos isso em execução] encontramos uma falha nesse modelo. Pensando nas práticas que temos atualmente na Psicologia e no SUS, nossa referência se aproxima mais do modelo biomédico do que do biopsicossocial.

À medida que aprofundamos na Psicologia, podemos especificar suas relações com a Saúde, dado que existem várias escolas teóricas, conforme mostramos em Bleger (1982), as quais podem estar vinculadas à dificuldade da identidade do psicólogo. Referente a isso, temos fragmentos dentro da própria Psicologia em que se torna cada vez mais forte o papel das especialidades em detrimento de uma visão do fenômeno social no qual as pessoas estão inseridas.

Além desta variedade de escolas, vemos que há também (e parece que vem se expandindo cada vez mais) uma abertura de locais para atuação desse profissional. O que pode ser favorável ao desenvolvimento dessa ciência e profissão, mas ao mesmo tempo corre-se o risco da super-especialização e de fragmentação, em que a Psicologia, por sua vez já fragmentada por escolas, se vê fragmentada por locais.

Assim, constatamos muitos debates acerca da Psicologia no campo da Saúde, mas pouco se discute a concepção de Saúde da Psicologia nos diversos locais. Pensamos ser necessária tal análise, na medida em que não acreditamos que somente o psicólogo trabalhador da área da Saúde seja um trabalhador da Saúde, isto é, ser psicólogo é trabalhar pela Saúde. Como exemplo, citamos o trabalho em escolas, onde o foco se dá sobre a Saúde do escolar ou mesmo em empresas, com a Saúde do Trabalhador. Mesmo em lugares distintos do campo dito Saúde, o psicólogo trabalha com questões relacionadas à Saúde. Ainda deixando mais perguntas do que respostas, destacamos as críticas ao trabalho do psicólogo no consultório particular, mas pensamos que este trabalho também pode ser considerado como um trabalho na área da Saúde.

Nosso posicionamento é de que ao falarmos em Psicologia e Saúde não se privilegie um local para que esta prática ocorra, uma vez que tendo pessoas, há o processo saúde-doença, não havendo assim uma forma única de trabalho em um local específico. Neste sentido, o privilégio dado ao Hospital como local soberano onde os psicólogos que trabalham com “a Saúde” possam se inserir, de modo a desprezar os outros níveis de Saúde, como também outros locais de atuação.

Com isso, nos apoiamos na ideia de que a concepção de Saúde está presente em cada local de atuação do psicólogo, nesse sentido, interrogamos, no caso da Psicologia, como restringir a área da Saúde aos locais em que existem serviços de Saúde? Na atuação do Psicólogo essa discussão deve ser somente desses profissionais ou a base em todos os locais onde esse profissional irá exercer sua prática?

A restrição à atuação do psicólogo aparece também na nomenclatura, por exemplo, a expressão “Psicologia da Saúde”, no sentido de que este termo muitas vezes se refere ao psicólogo que trabalha em instituições de Saúde, em especial, nos Hospitais e nos serviços de Saúde Mental, fragmentando assim o trabalho do psicólogo, como se tais princípios não pudessem ser transpostos para outros âmbitos, o que contraria nossa argumentação, pois uma vez que há vida, há o processo saúde-doença. Não nos aprofundaremos nesse ponto, visto que não é o centro de nossa pesquisa, todavia se faz necessária alguma consideração.

Contudo, se tomarmos como base a definição de psicólogo, proposta por Bleger (1984, p.29): “o psicólogo intervém absolutamente em tudo o que inclui ou implica seres humanos, para a proteção de tudo o que concerne aos fatores psicológicos da vida, em suas múltiplas manifestações”, nos parece restritiva a relação Psicologia/Saúde/Hospital Geral/ Psiquiatria, como se somente estes locais e estes pacientes fossem atribuições dos psicólogos que trabalham com a Saúde, de modo a desprezar os outros níveis de Saúde, como também outros tipos de pacientes e/ou pessoas.

7. Considerações Finais

O conceito de Saúde, como qualquer outro produto ou conceito historicamente determinado do intelecto humano, sofre alterações à medida que ocorrem as mudanças na condição socioeconômica e política de cada época. Isso significa considerar este conceito e o atendimento em Saúde como não estáticos. Assim sendo, por meio da constatação de que o tratamento somente do corpo biológico se mostrava limitado, tem-se a ampliação do conceito de Saúde, como sendo o resultado de vários fatores determinantes e condicionantes, e a passagem do modelo biomédico ao biopsicossocial, o que propiciou a entrada de diversos profissionais na Saúde, sendo o foco das ações na Promoção de Saúde e Prevenção de Doenças. Consideramos de suma importância essa historicidade dos fatos, para se compreender a diversas concepções de Saúde que temos ao longo dos tempos e nos diferentes segmentos sociais, econômicos, culturais e acadêmicos, bem como para olharmos a fragilização e fragmentação da identidade do psicólogo encontrada neste estudo.

Nosso trabalho pode ser entendido em duas partes. Numa primeira levantamos uma breve trajetória da Psicologia e de sua atuação na Saúde, procurando localizar e contextualizar tal ciência enquanto conhecimento de mundo. Na segunda parte, ao realizarmos as entrevistas, nos mobilizamos no intuito de apreender a identidade do psicólogo. Assim, esta se dirige à questão da identidade/atuação do psicólogo temporalmente e geograficamente localizados, e àquela à identidade/atuação da ciência através de um olhar diacrônico. Nesse ponto, percebemos também um distanciamento entre a teoria e a prática.

No que tange à atuação em UBS, notamos que permanece presente a discussão referente ao procedimento do psicólogo frente ao atendimento. Diante do que encontramos, acreditamos que esta não deva ocorrer adequada a regras fechadas, e sim que se tenha a flexibilidade de mudar conforme a necessidade, ou seja, trabalhar de acordo com a demanda, que pode ser em alguns momentos a ida à comunidade e, em outros, um trabalho individual.

Com isso, queremos dizer que uma definição rígida do que deve fazer um psicólogo em uma UBS, pode cristalizar a prática de tal modo que não haja espaço para o imprevisível, o não esperado: material este muito valioso no trabalho deste profissional. Sendo assim, se o trabalho deverá ser profilático ou assistencial,

pensamos que a resposta seja de acordo com a demanda existente, havendo dessa forma uma dialética e não uma exclusão.

Contudo, como mostramos, a organização do trabalho interfere diretamente nas atividades desempenhadas pelo trabalhador.

O ponto de convergência entre as três entrevistadas refere-se à identificação com o trabalho que realizam e à satisfação profissional, o que pode justificar a longa trajetória destas profissionais no serviço público, entretanto, as divergências se mostraram visíveis por meio das descrições das atividades desenvolvidas, das posturas e dos referenciais adotados.

Podemos ainda perceber que a discussão, iniciada no final da década de 80 e início dos anos 90, de que se o trabalho do psicólogo deveria se pautar no atendimento exclusivo a psicóticos, ou se deveria atender ao sofrimento, seja do psicótico ou do neurótico, parece ainda permear as políticas e as práticas, e com isso a própria identidade do psicólogo enquanto profissional da Saúde Mental, distinguindo-o enquanto profissional da Saúde em geral.

No que diz respeito às contribuições da Psicologia, pensamos que esta possa ser, além dos atendimentos, e do encontro da população, do saber popular, para que as pessoas se apropriem de suas vidas, com vistas à autonomia, mas também a partir do conhecimento da dinâmica interna, grupal, nas relações intergrupais e interpessoais, bem como dos aspectos dinâmicos e psicológicos que interagem em uma Instituição. Contudo, tais posturas não foram encontradas nessa pesquisa.

De modo geral, observamos também, que a participação política dos psicólogos nas formulações de políticas e programas ainda se mostra incipiente, tanto no que diz respeito ao contexto da Saúde Pública, como na sua própria formação, havendo por vezes uma separação/fragmentação entre essas duas instâncias.

Nesse sentido, encontramos críticas referente à formulação de políticas, programas e à falta de psicólogos na Atenção Básica, mas pouco engajamento dos psicólogos nesta construção. Ou seja, caberia ao psicólogo a execução e a crítica referente a essa ou a falta dessa, mas ainda pouco se vê psicólogos além do seu papel hegemônico, e quando o estão, muitos não se re (conhecem) mais enquanto psicólogos.

Sendo assim, com um engajamento político fragilizado, deixamos em aberto a pergunta do que vem o ser psicólogo nesse país, nessa estrutura social e com a formação cada vez mais fragmentada que se tem na academia. E mais: qual o lugar do

psicólogo? O que é sua especificidade?

Todavia, por considerarmos a complexidade do ser humano e as relações estabelecidas por ele com o meio, acreditamos que o psicólogo somente com seu saber não dá conta da demanda, como tampouco a junção de diversas profissões. É necessário considerar a criatividade das pessoas de se manter e (re) criar formas de sobreviverem, não sendo o saber científico o único responsável ou mais eficiente em todas as situações. Em contrapartida, verificamos a presença de condutas normativas próximas à medicalização da vida.

Desse modo, evidenciamos a hegemonia do conhecimento científico no que se refere ao campo do saber, sendo muitas vezes usado no sentido inverso de sua construção, ou seja, cria-se em torno da ciência dogmas ou verdades; sendo que, ao se trabalhar com pesquisas científicas e com o saber científico, o conhecimento deve sempre ser relativizado, interrogado e aberto às mudanças conforme o momento histórico.

Não estamos com isso desconsiderando o conhecimento científico, suas descobertas, investigações e experimentações que tanto contribuem para o avanço tecnológico, mas reconhecemos o caráter limitado desse modo de pensar, como o de quaisquer outros, que pela ciência moderna foram descartados, por não serem considerados legítimos.

Referências²³

- Angerami-Camon, V. A (2000) O ressignificado da prática clínica e suas implicações na realidade da Saúde. In: Angerami-Camon, V.A (org.) *Psicologia da Saúde - Um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bleger, J. (1984) *Psico-higiene e Psicologia Institucional* (E.O, Diehl,trad). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bleger, J. (1982) *Psicologia de la Conducta*. Buenos Aires: Paidos.
- Bleger, J. (2006) *Temas de Psicología (Entrevista y grupos)* (1ª Ed. 31ª reimp.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Boarini, M.L. (2007) A formação do psicólogo. *Psicologia e Estudo* 12(2) 1-1.
- Bock, A. M. B.(1999) *Aventuras do Barão de Munchhausen na Psicologia*. São Paulo: Cortez.
- Borges, L. O. et al.(2005) Os profissionais da Saúde no trabalho. In: Borges, L. O. (org.) *Os profissionais de Saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bucher, J.N.F. (2003) Psicologia da Saúde no contexto da Saúde Pública: uma complexidade crescente. In: Yamamoto, O.H & Gouveia, V.V. (orgs.) *Construindo a Psicologia Brasileira: desafios da ciência e prática psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Campos, G.W.S, Chakour, M & Santos, R.C. (1997) Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cad. Saúde Públ.*13(1):141-144.
- Campos, G.W.S (2000) Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Cienc. Saúde Coletiva* 5(2): 219-230.
- Canguilhem, G. (1990) *O Normal e o Patológico*. (3ª ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

²³ De acordo com o estilo APA- American Psychological Association

Castro, E.K. & Bornholdt, E. (2004) Psicologia da Saúde x Psicologia Hospitalar: definições e possibilidades de inserção profissional. *Psicologia: ciência e profissão* 24 (3) 48-57.

Chiattonne, H.B.C. (2000) A significação da Psicologia no contexto hospitalar. In: Angerami-Camon, V.A (org) *Psicologia da Saúde- Um novo significado para a prática clínica*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning.

Chiapinotto, L., Fait, C.S & Junior, M.M. (2007) O modo de fazer Saúde: reflexões sobre o cotidiano de uma Unidade Básica de Saúde de Porto Alegre-RS. *Saúde e Sociedade* 16 (1) 155-164.

Conselho Nacional de Saúde (1997) Resolução nº 218 de 06 de março de 1997. Reconhece como profissional de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, psicólogos e terapeutas ocupacionais. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 28 de janeiro de 2010, de http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_97.htm

CRP/SP (2007) *A Psicologia na Saúde Suplementar: aspectos regulatórios*. São Paulo: SP:autor. Recuperado em 19.09.2009, de <http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks/CEPEDISA.pdf>

CFP (1992) *Atribuições Profissionais do Psicólogo no Brasil*. Brasília: D.F:autor. CFP.Recuperado em 20.09.2009,de http://www.pol.org.br/pol/export/sites/default/pol/legislacao/legislacaoDocumentos/atr_prof_psicologo.pdf

_____(2000) *Resolução nº 014/00*. Institui o título profissional de Especialista em Psicologia e dispõe sobre normas e procedimentos para seu registro. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 27 de janeiro de 2010, de http://www2.pol.org.br/legislacao/pdf/resolucao2000_14.pdf

_____(2009) Apresentação. In: CFP (2009) *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: CFP. Recuperado em 13.03.2010, de <http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/saude-familia.pdf>

CREPOP (2008) *Atuação dos psicólogos em serviços de Atenção Básica à Saúde (Relatório)*. Brasília:CFP.Recuperado em 18.03.2009, de

<http://crepop.pol.org.br/publique/media/ABS.pdf>

- Czeresnia, D. (1999) The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*, 15 (4) 701-709.
- Dejours, C. (1986) Por um novo conceito de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* 54(14) 7-11.
- De Marco, M.A. (2003) A evolução da Medicina. In: De Marco, M.A.(org) *A face humana da Medicina- do modelo biomédico ao modelo psicossocial*. Casa do Psicólogo: São Paulo.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S (2006) *O planejamento da pesquisa qualitativa- teorias e abordagens* (2ª Ed). Porto Alegre: Artmed.
- Dimenstein, M. (1998) O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estud. Psicol., Nata*) 3(1) 53-81.
- _____ (2000) A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. *Estudos de Psicologia* 5(1) 95-121.
- _____ (2001) O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva *Psicologia em Estudo, Maringá* 6(2) 57-63.
- _____ & Traverso-Yépez, M. (2005) Saúde Pública: antecedentes históricos, campos de serviços e práticas no município de Natal-RN. :In Borges, L. O. (org.) *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- _____ & Santos (2005) Compromisso com o SUS entre as profissões de saúde na rede básica de Natal. In Borges, L. O. (org.) *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Esch, C.F. & Jacó-Vilela, A.M. (2001) A regulamentação da profissão de psicólogo e os currículos de formação psi. In.:Jacó-Vilela et al. *Clio-Psyché Hoje-Fazeres e dizeres psi na história do Brasil*. Rio de Janeiro: Relume Dumará.
- Escorel, S, Nascimento, D.P. & Edler, F.C. (2005) As origens da reforma sanitária e do

- SUS. In: Lima *et al.*(org) *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Fernandes, M.I.A & Scarcelli, I.R. (2005) Psicologia e Políticas Públicas: da construção de modelos à implementação de práticas. In: Amarante, P. (org) *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial 2*. Rio de Janeiro: Nau.
- Féres-Carneiro, T. & Lo Bianco, A.C. (2003) Psicologia Clínica: uma identidade em permanente construção. In: Yamamoto, O.H & Gouveia, V.V. (org.) *Construindo a Psicologia Brasileira: desafios da ciência e prática psicológica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Figueiredo, L.C.M. & De Santi, P.L.R (2000) *Psicologia: Uma (nova) Introdução*. São Paulo: EDUC.
- Fontanella, B.J.B, Campos, C.J.G., Turato, E.R, (2006) Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde.
Revista Latino-Americana de Enfermagem 14(5)174-183
- Freud (1921/2006). Psicologia de Grupo e Análise do Ego. In: Freud (1920-1922,2006) *Além do Princípio do Prazer, Psicologia de Grupo e outros trabalhos* (Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Freud). Rio de Janeiro: Imago.
- Gama, C.A.P. (2009) Roda de Conversa. In: CFP. *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: CFP. Recuperado em 28.04.2010, de <http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/saude-familia.pdf>
- Hoenisch, J.C. (2004) Representações do SUS para Psicologia em UBS: indagações e possibilidades. In: Nascimento, C.A.T. *et al.* *Psicologia e Políticas Públicas-experiências em Saúde Pública CRP07*: Rio Grande do Sul.
- Junior, K.R.C. (2007) As armadilhas da “concepção positiva de Saúde”. PHISIS. Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 76 (1) 63-76.
- Koda, M.Y. (2009) Roda de Conversa. In: CFP. *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: CFP. Recuperado em 28.04.2010, de <http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/saude-familia.pdf>

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. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 09 de março de 2008, de https://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/lei_8080_90.pdf

Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 25 de maio de 2008, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm

Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962. Dispõe sobre os cursos de formação em Psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 20 de abril de 2008, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm.

Lei nº 5766/71 de 20 de dezembro de 1971. *Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia e dá outras providências*. *Diário Oficial da União*. Recuperado em 02 de abril de 2008, de <http://www.jusbrasil.com.br/legislacao/128508/lei-5766-71>.

Lucena, M. (2009) A prática da Psicologia no Nasf. In: CFP. *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: CFP. Recuperado em 28.04.2010, de <http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/saude-familia.pdf>

Marcondes, W.B. (2004) A convergência de referências na Promoção da Saúde. *Saúde e Sociedade* 13 (1) 5-13.

Matarazzo, J.D. (1980) Behavioral Health and Behavioral Medicine: Frontiers for a New Health Psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.

Merhy, E.E. & Queiroz, M.S. (1993) Saúde Pública, rede básica e o Sistema de Saúde brasileiro. *Cad. Saúde Públ.* 9 (2) 177-184.

Minayo, M.C.S. & Deslandes, S. F. (Org.) (2002) *Caminhos do pensamento: epistemologia e método* (Coleção Criança Mulher e Saúde). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Minayo, M.C.S. (2008) *O desafio do conhecimento-pesquisa qualitativa em saúde* (11ª ed) .São Paulo: Hucitec.

Ministério da Saúde (2004) *Humaniza SUS-prontuário transdisciplinar e projeto terapêutico* (Série B- textos básicos de saúde). Brasília, D.F: autor.

Ministério da Saúde. (2006a). *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, D.F:autor.

_____ (2006b). *Portaria N° 648*. Brasília, D.F:autor.

_____ (2006c) *Política Nacional de Atenção Básica* (Série Pactos pela Saúde 2006, Vol. 4). Brasília: D.F: autor.

_____ (2008). *Portaria nº 154*. Brasília. D.F:autor.

_____ (2009) *O SUS de A a Z- Garantindo saúde nos municípios* (3ª ed). E. Brasília: D.F: autor

Nepomuceno, L. B (2009) A prática da Psicologia no NASF. In: CFP. *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: CFP. Recuperado em 28.04.2010, de <http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/saude-familia.pdf>.

Nunan, B. A. (2009) Nasf: concepções e desafios. In: CFP. *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: CFP. Recuperado em 28.04.2010, de <http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/saude-familia.pdf>.

Oliveira, I. F. *et al.* (2004) O psicólogo nas unidades básicas de saúde: Formação acadêmica e prática profissional. *Interações* IX (17) 71-89.

_____ (2005) A Psicologia, o Sistema Único de Saúde e o sistema de informações ambulatoriais: inovações, propostas e desvirtuamentos. *Revista Interação* 9(2) 273-283.

_____ (2005) *A Psicologia no Sistema Público de Saúde: diagnóstico e perspectivas*. Tese de Doutorado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

Organização Mundial da Saúde-OMS (1978). *Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde*. Genebra: OMS.

Paim, J.S. (2006) A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In.: Rouquayrol, M.
Z. Epidemiologia e saúde (5ª Ed). Rio de Janeiro: MEDSI.

Peduzzi, M. (2001) Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública* 35(1) 103-109.

Pombo de Barros, C.F & Marsden, M. (2008) Reflexões sobre a prática do psicólogo nos serviços de Saúde Pública. *Arquivos Brasileiros de Psicologia* 60(1) 112-123.

Rizzotto, M.L.F. (2000) *O Banco Mundial e as políticas de saúde nos anos 90*. Tese de Doutorado. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas
Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

Ronzani, T. M. & Rodrigues, M. C. (2006) O psicólogo na Atenção Primária à Saúde: contribuições, desafios e redirecionamentos. *Psicol. cienc. prof.*,26 (1)132-143.

Roso, A. (2007) Psicologia Social da Saúde: tornamo-nos eternamente responsáveis por aqueles que cativamos. *Aletheia* (26) 80-84.

Rutsatz & Câmara (2006) O psicólogo na Saúde Pública: trajetórias e percepções na conquista desse espaço. *Aletheia* (23) 55-64.

Santos, R.M.B. (2005, dezembro) Editorial. *Bis* 37, 3-4.

Saupe, R. et al.(2005). Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. *Revista Interface-Comunic.,Saúde,Educ.*, 9(18) 521-36.

Sebastiani, R.W, Maia, E.M.C & Chiattonne, H.B.C. (2006) Avances de la Psicología de la Salud em Latinoamérica: Contribuciones de Brasil . *Investigación en detalle* 6 (2) 1-9.

Seliar, M. (2007) História do conceito de Saúde. *PSYSIS: Ver. Saúde Coletiva*. 17(1) 29-41.

Seliar, M. (2005) *Do mágico ao social- trajetória da Saúde Pública* (2ª ed.) São Paulo: SENAC.

Silva, R.C. (1992) A formação em Psicologia para o trabalho na Saúde Pública. In: Campos, F.C.B. *Psicologia e Saúde: repensando práticas*. São Paulo: Hucitec.

Silva, L.B.C. (2005) A Psicologia na Saúde: entre a clínica e a política. *Revista do Departamento de Psicologia-UFF* 17(1) 79-92.

Schultz, D. P & Schultz, S.E (1992a) A nova Psicologia. In: Schultz, D. P & Schultz, S.E *História da Psicologia Moderna* . Cultrix: São Paulo.

_____ (b) O Estruturalismo. In: Schultz, D. P & Schultz, S.E *História da Psicologia Moderna* . Cultrix: São Paulo.

_____ (c) O Funcionalismo: Influências Anteriores. In: Schultz, D. P & Schultz, S.E *História da Psicologia Moderna*. Cultrix: São Paulo.

_____ (d) O Funcionalismo: Desenvolvimento e Fundação. In: Schultz, D. P & Schultz, S.E *História da Psicologia Moderna*. Cultrix: São Paulo.

_____ (e) Behaviorismo: Os Primórdios. In: Schultz, D. P & Schultz, S.E *História da Psicologia Moderna*. Cultrix: São Paulo.

_____ (f) Psicologia da Gestalt. In: Schultz, D. P & Schultz, S.E *História da Psicologia Moderna*. Cultrix: São Paulo.

_____ (g) Psicanálise: Os Primórdios. In: Schultz, D. P & Schultz, S.E *História da Psicologia Moderna*. Cultrix: São Paulo.

Spink, M.J.P.(1992) Psicologia da Saúde: a estruturação de um novo campo do saber. In: Campos (org) *Psicologia e Saúde repensando práticas*. Hucitec: São Paulo.

_____ (2004) *Psicologia Social e Saúde. Práticas, saberes e sentidos* (2ªed.). Petrópolis: Vozes.

- _____ (Coord.), Bernardes, J.S, Menegon, V.S. (2006) *A Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica* (Relatório Final) ABEP/ Ministério da Saúde.
- Spink, M.J.P. (2007) Interfaces entre a Psicologia e a Saúde Coletiva: um olhar a partir da Psicologia Social. In.: Bastos, A.V.B & Rocha, N.M.D.R. (orgs.) *Psicologia - novas direções no diálogo com outros campos de saber*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Temporão (2006) Apresentação. In: Ministério da Saúde (2006) *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: D.F:autor.
- Tonetto, A.L. & Gomes, W.B. (2007) A prática do psicólogo hospitalar em equipe multiprofissional. *Estudo de Psicologia* 24(1) 89-98.
- Traverso-Yépez, M. (2001) A interface Psicologia Social e Saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em Estudo, Maringá* 6(2) 49-56.
- Turato, E.R (org.) (2003) *Psicologia da Saúde- Estudos Clínico-Qualitativo*. Cabral editora.
- _____ (2005) Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 39 (3) 507-14.
- _____ (2008) Tratado de metodologia da pesquisa clínica-qualitativa - construção teórica-epistemológica e aplicação nas áreas da saúde e humanas (3ed.). Rio de Janeiro:Vozes.
- Verona, H. (2009) Abertura. In: CFP. *A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Brasília: CFP. Recuperado em 28.04.2010, de <http://www.crprj.org.br/publicacoes/relatorios/saude-familia.pdf>.
- Vasconcelos, E. (2004) Mundos Paralelos, até quando? Os psicólogos e o campo da Saúde Mental Pública no Brasil nas duas últimas décadas. *Mnemosine* 1(0) 73-90.
- Velasques, M.B. (2003) Intervenções de psicólogos nas unidades básicas de saúde do grande ABC. Dissertação de Mestrado, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo.
- Zihlmann, K,F. (2009) Da invisibilidade à visibilidade do sujeito vivendo com a

infecção/doença do vírus linfotrópico de células T humanas do tipo 1 (HTLV-1) e o lugar das decisões reprodutivas nas tramas do saber e do cuidar. Tese de Doutorado. Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

1- Trajetória no Serviço Público -Ingresso/data.

-Tipo de vínculo.

-Locais de trabalho, por onde passou, concurso voltado para área da saúde, expectativas da época.

2-Cotidiano do trabalho -Práticas.

-Carga horária.

- Como é? Quem vem? Quem é atendido? Quem atende? -Individual? Grupo? Quantas pessoas?

-Outros trabalhos?

- Como/ quem/ escolhe?

-Como/Onde, por que por quem é decidido? -Há critérios?

-Para que serve ? por que faz? -Por que é você que atende? -Sempre foi assim?

-Como era? Como faz? -Exemplos.

-As pessoas procuram pelo psicólogo ou vem com encaminhamento? Quem faz? Da onde? Como faz?

-Encaminhamentos externos: faz encaminhamento? Como? Para onde? De quem para quem? Exemplos.

-Relação com os psicólogos da área. 3-Avaliação do trabalho -Dificuldades

-Propostas

- Relação da formação com a prática

- Onde o trabalho é mais eficaz? Menos eficaz?

- Maior dificuldade- o que pensa em fazer?

-O que mais gosta de fazer?

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Psicologia e Unidades Básicas de Saúde: contextualização das práticas na Atenção Básica

JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS: O motivo que nos levou a realizar este estudo foi o de verificar de que modo os psicólogos têm se adequando às mudanças sociais, culturais e econômicas vivenciadas nos últimos 20 anos, de modo a articular a prática profissional com as políticas públicas vigentes. Sendo assim, a realização deste projeto justifica-se na medida em que pretende ampliar o questionamento quanto à especificidade do papel do psicológico na atenção básica à saúde, com vistas ao contexto institucional público, e trazer à tona novas formas de compreender a participação dos psicólogos nas Políticas Públicas. Temos como objetivo geral conhecer como os psicólogos inseridos em Unidades Básicas de Saúde veem o trabalho que realizam, ou seja, como é a prática dos psicólogos de acordo com seus próprios relatos e, num momento posterior, discutirmos o que deste trabalho do psicólogo é possível apreender destes relatos, a fim de trazer à tona essa discussão e por meio das práticas trazidas pelos trabalhadores, problematizá-las no âmbito da Psicologia e da Saúde. O procedimento de coleta de dados será por meio de entrevistas semi-dirigidas, as quais serão gravadas pela pesquisadora, no entanto, será preservada a identidade do profissional entrevistado de forma que este não venha sofrer nenhum dano decorrente da pesquisa.

DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS: Os participantes não sofrerão risco, sendo que em caso de algum desconforto, estes poderão não responder à pergunta com a qual não se sintam confortáveis.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: Posteriormente à análise dos dados, haverá uma devolutiva aos psicólogos a fim de que estes também possam refletir sobre suas práticas e terem conhecimento de outras formas de trabalho, possibilitando um intercâmbio entre os profissionais que atuam na esfera pública, tendo em vista a articulação dos saberes.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios, o pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será

identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e outra será fornecida a você.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional.

DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora Rebeca de Cassia Daneluci, CRP 06/86050, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei solicitar esclarecimentos a Rebeca de Cassia Daneluci no telefone (xx) xxxx-xxxx ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome	Assinatura do Participante	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador	Data
Nome	Assinatura da Testemunha	Data