

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR NORTE DO RS - CESNORS
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM GESTÃO DE
ORGANIZAÇÃO PÚBLICA EM SAÚDE – EAD**

**A CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA EM PSICOLOGIA JUNTO A
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Monografia de Conclusão de Curso

JARBAS DAMETTO

Tapejara, julho de 2011

A CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA EM PSICOLOGIA JUNTO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

JARBAS DAMETTO

Monografia apresentada ao Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde EaD, da UFSM/CESNORS, como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão de Organização Pública em Saúde.**

Orientadora: Prof^a Ms. Andressa Andrade

Tapejara, RS, Brasil

2011

Universidade Federal de Santa Maria - UFSM
Centro de Educação Superior Norte do RS - CESNORS
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em
Saúde EaD

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a
Monografia de Conclusão de Curso

A CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA EM PSICOLOGIA JUNTO A
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

elaborada por
Jarbas Dametto

como requisito parcial para obtenção do grau de
Especialista

Comissão Examinadora

Prof^ª. Ms. Andressa Andrade (Orientadora)

Prof^ª. Ms. Marta Cocco da Costa

Prof^ª. Ms. Ethel Bastos da Silva

Tapejara, 1º de julho de 2011.

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte do Rio
Grande do Sul (CESNORS).

A CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA EM PSICOLOGIA JUNTO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

AUTOR: JARBAS DAMETTO
ORIENTADORA: ANDRESSA ANDRADE
Tapejara, 1º de julho de 2011.

Resumo:

Este artigo, desenvolvido por meio de revisão bibliográfica e de reflexões sobre a prática cotidiana, trata da inserção da Psicologia no trabalho com equipes de Estratégia Saúde da Família – ESF. Percorre-se a história recente da relação entre a Psicologia e a Saúde, principalmente a Saúde Pública, analisando as possibilidades e desafios diante da necessidade de adequação desta disciplina e de seus profissionais frente às diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS e de suas estruturas funcionais. Considera-se que a prática neste contexto demanda uma reinvenção de boa parte do fazer psicológico, que deve abrir mão de sua histórica natureza normatizante, de sua prática pautada em uma ação solitária, e da transposição direta da clínica psicológica em moldes privados ao contexto público e socialmente alinhavado das equipes de ESF. Diante da ação nessas equipes, nota-se que, apesar das posturas acima mencionadas não serem desejáveis, nem se adequem ao que prioriza o SUS, elas ainda são esperadas por parte considerável da população atendida e dos profissionais participantes das equipes, que ainda veem o psicólogo como um clínico autônomo, imbuído do dever de diagnosticar e adequar subjetividades desviantes. Apesar dos desafios de reconfigurar a prática psicológica frente às peculiaridades da ESF, observa-se que a presença deste profissional, desde que politicamente sintonizada com os princípios do SUS, pode potencializar a equipe diante do sofrimento mental, qualificar a escuta de Agentes Comunitários de Saúde e demais técnicos e contribuir para o diálogo entre as demandas da comunidade e as possibilidades de ação das equipes, o que faz desta presença, ainda não prevista no quadro profissional da ESF, uma oportuna possibilidade de ampliação e qualificação a ser avaliada.

Palavras-chave: Psicologia; Saúde Pública; Gestão em Saúde.

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte do Rio
Grande do Sul (CESNORS).

**THE CONSTRUCTION OF PRACTICAL IN PSYCHOLOGY NEXT TO STRATEGY
THE HEALTH OF THE FAMILY**

AUTOR: JARBAS DAMETTO
ORIENTADORA: ANDRESSA ANDRADE
Tapejara, 1º de julho de 2011.

Abstract:

This article, developed by means of bibliographical revision and of reflections on practical the daily one, deals with the insertion of Psychology in the work with teams of Strategy Health of Family - ESF. It is covered recent history of the relation between Psychology and the Health, mainly the Public Health, analyzing the possibilities and challenges ahead of the necessity of adequacy of this disciplines and its professionals front to the lines of direction of the Only System of Health - SUS and its functional structures. This context demand is considered that practical in a recreation of great part of psychological making, that it must to release of its historical nature with norm, based practical its in a solitary action, and of the direct transposition of the psychological clinic in private molds to the public context and socially tacked of the ESF teams. Ahead of action in this teams, notices that, although the positions mentioned above not to be desirable, nor if to adjust what it prioritizes the SUS, them still are waited on the part considerable of the taken care of population and the participant professionals of the teams, that still see the psychologist as an independent physician, with the intention of the duty to diagnosis and to adjust wrong subjectivities. Although the challenges to reconfigure practical the psychological front to the peculiarities of the ESF, are observed that the presence of this professional, since whom politically syntonized with the principles of the SUS, the team of the mental suffering can to earn to be able ahead, to characterize the listening of Communitarian Agents of Health and excessively technician and to contribute for the dialogue with the demands of the community and the possibilities of action of the teams, what he makes of this presence, not yet foreseen in the picture professional of the ESF, an opportune possibility of magnifying and qualification to be evaluated.

Key-Words: Psychology; Public health; Management in Health.

Monografia de Especialização
Curso de Pós-Graduação *Lato Sensu* em Gestão de Organização Pública em Saúde
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Centro de Educação Superior Norte do Rio
Grande do Sul (CESNORS).

CONSTRUCCIÓN DE LA PRÁCTICA EN PSICOLOGÍA EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA

AUTOR: JARBAS DAMETTO
ORIENTADORA: ANDRESSA ANDRADE
Tapejara, 1º de julho de 2011.

Resumen:

Este artículo, desarrollado a través de revisión de la literatura y reflexiones sobre la práctica, discurre sobre la inclusión de la psicología en el trabajo con los equipos de la Salud de la Familia - ESF. Se revisa la historia reciente de la relación entre la psicología y la salud, especialmente la salud pública, el análisis de las posibilidades y desafíos que enfrenta ante la necesidad de adecuación de la disciplina y los profesionales en las directrices del Sistema Único de Salud - SUS y sus estructuras funcionales. Se considera que la práctica en este contexto requiere una reinención de la mayor parte de lo trabajo psicológico tradicional, deben renunciar a su carácter histórico de normalización de su práctica guiada por una acción solitaria, y la aplicación directa de la psicología clínica privada en el contexto público y socialmente alineado de los equipos del ESF. Dada la acción de estos equipos, se observa que a pesar de las posiciones antes mencionadas no son deseables, tampoco se adaptaren frente a las demandas del SUS, aún se espera por parte de la población atendida y de los profesionales participantes de los equipos, no obstante ven el psicólogo clínico como autónomo, imbuido del deber de diagnosticar y adaptar las subjetividades anormales. A pesar de los desafíos de la reconfiguración de la práctica psicológica adelante de las peculiaridades del ESF, se observa que la presencia del profesional, cuando políticamente en sintonía con los principios del SUS, puede mejorar el equipo adelante del sufrimiento mental, calificar la escucha de los agentes comunitarios de salud y de otros trabajadores sanitarios y contribuir al diálogo entre las demandas de la comunidad y las posibilidades de acción de los equipos, que hace de esta presencia, aún no previstos en el cuadro profesional del ESF, es una buena oportunidad para la expansión y calificación para ser evaluado.

Palabras clave: Psicología, Salud Pública, Gestión de la Salud.

SUMÁRIO

Folha de Avaliação	02
Resumo	03
Abstract	04
Resumen	05
Introdução	07
1. Percurso da atuação psicológica em Saúde Pública	07
2. Saúde da Família: um campo de atuação para o psicólogo?	09
3- Impasses metodológicos e epistemológicos	12
4- Considerações sobre a experiência em uma equipe de ESF	14
Considerações Finais	18
Referências Bibliográficas	19

A CONSTRUÇÃO DA PRÁTICA EM PSICOLOGIA JUNTO A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Introdução:

A Saúde Pública, até pouco tempo ignorada pelos currículos dos cursos de Psicologia, vêm se apresentando como um importante mercado de trabalho para os psicólogos, senão um dos mais significativos. Demandas por uma atenção integral à saúde, como preconizada pelo SUS – Sistema Único de Saúde, lançam o desafio de enquadrar, em definitivo, a prática do psicólogo junto à área da saúde, remodelando a ação e a formação, antes alicerçadas principalmente sobre os pilares das Ciências Humanas (GUARESCHI, et.al.,2009). Esta recente demanda levanta questões importantes a serem pensadas, como: qual o papel deste profissional em uma equipe multidisciplinar? Quais as abordagens práticas e teóricas condizentes com a Saúde Pública? Como gerir a ação deste profissional dentro das diretrizes do SUS, a fim de tornar seu trabalho eficaz e ampliando seus efeitos sobre a população que deles necessita?

Através da busca bibliográfica e de reflexões sobre a prática, objetivamos neste artigo refletir sobre as questões mencionadas, analisando a ação do profissional da psicologia junto à Atenção Primária à Saúde, condição que engloba grande parcela dos psicólogos, principalmente aqueles que trabalham em municípios de pequeno porte, onde agem como complemento às equipes de estratégia Saúde da Família e as redes municipais de saúde, em centros ou unidades básicas de saúde, localidades que são, normalmente, desprovidas de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (estrutura em que a posição do psicólogo é mais bem articulada e seus papéis mais bem definidos).

1. Percorso da atuação psicológica em Saúde Pública:

As origens da “profissão Psicologia”, em nosso país, vinculam-na, desde sua regulamentação, aos preceitos epistemológicos das Ciências Humanas, e em especial, à Filosofia, sendo o interesse voltado à saúde um fenômeno relativamente recente. A lei regulamentar, de 27 de agosto de 1962 pontua tais questões, por exemplo, no Capítulo I, Art.1º, que reza o seguinte: “A formação em Psicologia far-se-á nas Faculdades de Filosofia, em cursos de bacharelado, licenciado e Psicólogo.”(BRASIL, 1962. p.1), ou no Capítulo IV, Art.15º: “Os cursos de que trata a presente lei serão autorizados a funcionar em Faculdades

de Filosofia, Ciências e Letras, mediante decreto do Governo Federal, atendidas as exigências legais do ensino superior.” (p.3). Nesta mesma lei, inexistem menções a ação em saúde, bem como pouco se observa a atuação “clínica”, citada, mas não esclarecida em relação ao que efetivamente é clinicar em Psicologia. Salientam-se sim, as atribuições psicométricas, diagnósticas, e relacionadas à vida escolar e laboral.

O texto da lei regulamentar nos mostra um compromisso com a educação formal e o trabalho moderno, dado o momento histórico brasileiro no qual ela foi redigida em que tais setores se encontravam em expansão, e emerge também a função normatizante atribuída a “área psi”, via psicodiagnóstico e psicometria, métodos que materializavam o saber psicológico, que ainda se encontrava em fase de afirmação. Dentro desta lógica, de normatização e potencialização das forças produtivas, a Psicologia veio a responder as demandas tipicamente modernas e se fez um campo de saber e intervenção intimamente ligado aos demais discursos de verdade da Modernidade, como a Pedagogia, o Direito, a Economia, etc.. Como aponta Foucault (2006), a “função psi” nascida no século XIX e exercida pelos diversos discursos voltados à vida mental, quando aplicada à coletividade, herda como ideais o poder disciplinar e higienizador, bem como a objetividade exigida pelas correntes positivistas.

A entrada da Psicologia na saúde pública não pode ser pensada, senão como um momento de *crise* diante do que até então se fez enquanto produção de saber e de práticas. O enfrentamento da realidade multifacetada da vida em sociedade (e não mais da “sociedade” enquanto realidade e sujeitos “médios”, mas efetivamente *toda a sociedade*), faz com que seja premente o abandono de qualquer princípio normatizante, e assim, cabe repensar alguns dos esteios de boa parte da prática psicológica, como conceitos de normalidade, de patologia, e até de família.

A aproximação da Psicologia com a Saúde é um movimento que necessita de estranhamento dentro do campo da construção do conhecimento e das práticas psicológicas em Saúde. Uma vez que lida com a diversidade, com a multiplicidade das histórias de vida e dos modos de singularização, a Psicologia necessita capturar os diferentes marcadores culturais que circundam o campo social e não colaborar na fragmentação da vida coletiva. (GUARESCHI, et.al.,2009, p.42).

Frente ao desafio de abarcar as múltiplas formas de subjetivação presentes na realidade, fica evidente a necessidade de mudar o foco, dos diagnósticos e processos de adoecimento intimamente ligados a uma prática psiquiátrica tradicional, para a possibilidade de promoção de saúde e melhoria na qualidade de vida. Tal movimento perpassa desde a

produção dos saberes e sua transmissão na formação profissional, até a ação cotidiana em Psicologia e os debates sobre o papel desta classe junto à sociedade. (GUARESCHI, et.al., 2009).

2. Saúde da Família: um campo de atuação para o psicólogo?

O Sistema Único de Saúde - SUS, idealizado em meio a amplos debates e significativa participação social, propôs desde sua origem, nortear-se pelo princípio da cidadania e do direito universal à saúde, ideal referendado pela Constituição de 1988. O SUS se fundamenta sobre princípios legais e técnicos como: responsabilização do Estado sobre os cuidados curativos e preventivos em saúde de toda população, financiamento público da saúde, descentralização da gestão e dos serviços, hierarquização dos serviços por complexidade técnica, uso de estratégias de prevenção e envolvimento comunitário em questões sanitárias, dentre outras propostas (CARVALHO, 2010). A Saúde da Família, estratégia que se coaduna com a proposta de descentralização das ações de promoção à saúde e de aproximação com as comunidades atendidas, compreendida dentro de uma estrutura maior que é o SUS, pode ser entendida como

(...) uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Estas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade. (BRASIL, 2011a).

Esta proposta, inicialmente denominada Programa Saúde da Família - PSF, e atualmente descrita como Estratégia Saúde da Família – ESF, originou-se na realidade brasileira como uma resposta a crise do paradigma assistencial hospitalocêntrico e tecnicista, que não deu conta das demandas populacionais em saúde, repensando a condição do usuário/paciente, e repensando os conceitos e processos de saúde e adoecimento. Trata-se de uma experiência correlata a ocorrida em outros países, como Cuba, Canadá e Suécia, onde se dirigiu o olhar à família e ao contexto comunitário como alvos das medidas de atenção à saúde. No Brasil, as primeiras experiências nesse sentido se deram em comunidades pobres do nordeste brasileiro, onde se buscava o controle de problemas relacionado à miséria, como a mortalidade infantil e materna, e a desnutrição. Nesse contexto, o Agente Comunitário de Saúde emergiu como um sujeito-chave na inserção desta proposta assistencial, sendo este

profissional que promove ativamente o envolvimento das comunidades nas ações propostas pelas equipes técnicas multidisciplinares (ROSA; LABATE, 2005).

Esta inflexão do enfoque médico-hospitalar para a abordagem centrada na população e nas equipes de atenção primária, idealizada e, em muitas realidades, efetivada pela Estratégia Saúde da Família, acabaram por promover uma intensificação da Atenção Primária de Saúde, que neste contexto, não corresponde a um atendimento simplificado, mas sim, um atendimento com suas próprias características de complexidade (ROSA; LABATE, 2005). Isso se caracteriza por:

(...) uma relação dos profissionais mais próximos do seu objeto de trabalho, ou seja, mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido através de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. (Idem. p.1032).

A “equipe multiprofissional e interdisciplinar” acima referida, é composta, via de regra, pelos seguintes profissionais: Agentes Comunitários de Saúde, Técnicos de Enfermagem, Enfermeiro e Médico de Saúde da Família, podendo ser acrescida de Cirurgião Dentista e Auxiliar de Consultório Dentário (BRASIL, 2006). Nota-se que a presença do profissional da Psicologia não é tomada como imprescindível dentro das equipes de ESF, nem é legalmente determinada (situação que ocorre também com nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, etc.). Tal ausência não significa necessariamente que políticas de Saúde Mental não participam das ações de Atenção Primária. A Saúde Mental neste contexto é pensada como um trabalho que pode ser assumido por outros profissionais de saúde, de nível técnico ou superior, desde que submetidos a qualificação para tal, ou amparados por uma equipe especializada, compreendendo uma proposta de *apoio matricial*, que pode ser compreendida como:

um arranjo organizacional que visa outorgar suporte técnico em áreas específicas às equipes responsáveis pelo desenvolvimento de ações básicas de saúde para a população. Nesse arranjo, a equipe por ele responsável, compartilha alguns casos com a equipe de saúde local (no caso, as equipes da atenção básica responsáveis pelas famílias de um dado território). Esse compartilhamento se produz em forma de co-responsabilização pelos casos, que pode se efetivar através de discussões conjuntas de caso, intervenções conjuntas junto às famílias e comunidades ou em atendimentos conjuntos. (BRASIL, 2011b, p4).

Ainda conforme o documento acima citado, propõe-se que “as ações de saúde mental na atenção básica devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial e atuação transversal com outras políticas específicas e que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento” (p.3). Estruturam-se os serviços visando a desinstitucionalização e buscando romper com a lógica do encaminhamento e da psiquiatrização, logo, potencializando as equipes para dar conta de grande parte dos problemas que emergem em suas comunidades, evitando sobre esses um olhar medicalizante e buscando envolver as variáveis psicossociais na avaliação clínica. Propõem-se atividades de redução de danos com usuários de álcool e outras drogas, criação de espaços de reabilitação psicossocial, manejo de situações familiares de risco e em situação de violência, amparo e engajamento de familiares no cuidado de pacientes, acolhimento de pacientes egressos de internações, desenvolvimento de uma cultura de aceitação da diferença subjetiva, dentre outras medidas.

Tais práticas remetem a uma ação, além de interdisciplinar, intersetorial, e diante disso, Paiva e Ronzani (2009), através de experiência realizada em uma pequena cidade mineira, consideram que “No que diz respeito à natureza intersetorial, certamente há ainda uma grande barreira no estabelecimento do diálogo entre o campo da saúde e outros setores, como a educação, ocorrendo muitas vezes uma desresponsabilização de ambas as partes, ou mesmo uma delimitação de atuação”(p.91), realidade esta, percebida na prática cotidiana em ESF e certamente presente em diversas outras comunidades brasileiras, dado que ainda se percebe as questões de saúde como responsabilidade, unicamente, dos estabelecimentos, profissionais e secretarias de saúde, e não como um setor sobre o qual todos devem contribuir, evidenciando compreensões limitadas acerca de questões de saúde pública.

Com relação ao trabalho em pequenas cidades (com população inferior a 20 mil habitantes, que segundo o Ministério da Saúde, não necessitam de CAPS) as práticas dirigidas à Saúde Mental podem ser amparadas por “(...) equipes de apoio matricial mais simples, compostas por um médico generalista com capacitação em saúde mental e um técnico de saúde mental de nível superior”(BRASIL, 2011b, p.5). Tal técnico de nível superior *pode ser* um psicólogo, mas não há a obrigatoriedade de sê-lo.

De tal modo, percebe-se que a inserção direta do psicólogo na ESF é muito mais uma eventualidade do que um fato comum, havendo na maioria das situações uma, *ainda provável*, presença deste profissional em equipes de apoio à ESF, mas estando diretamente vinculados a outros serviços de caráter mais específico, o CAPS, por exemplo, ou a ambulatórios.

3- Impasses metodológicos e epistemológicos:

Havendo uma presença direta do psicólogo na ESF, ou uma assistência matricial deste a essas equipes, têm-se algumas questões polêmicas a serem pensadas diante da inserção deste profissional na Saúde Pública. Primeiramente, não podemos esperar “A Psicologia”, dado que esta disciplina é pulverizada em diversas vertentes e pontos de vista, por vezes opostos, que compõem um campo plural de saberes e práticas. Cada linha teórica, com seus métodos e procedimentos, possui uma base epistemológica a ser respeitada, sob pena de termos uma ação meramente empirista, cabe pensar se qualquer episteme seria facilmente suportada dentro das diretrizes e dos limites da ESF. Segundo, cabe questionar se Saúde Pública ou Saúde Coletiva deve necessariamente ser algo que “se faz” em grupos, comunidades ou famílias, como priorizado por diversos autores aqui mencionados, ou há espaço para a experiência clínica individual? Haveria o direito a privacidade, ao atendimento individualizado para demandas específicas junto às equipes de Saúde da Família? Este questionamento emerge principalmente diante da ausência de menções acerca da “psicoterapia” em documentos estatais, no que tange as ações de Saúde Mental projetadas para este nível de atenção.

Paiva e Ronzani (2009), afirmam que a atuação do psicólogo no campo da saúde deve estar voltada para a promoção de qualidade de vida, a melhora nos indicadores de saúde e ao favorecimento da resolução dos problemas sociais relacionados às questões de saúde. Tal proposição aponta o enfoque teórico-prático da psicologia social comunitária como disciplina contextualizada e coerente com os princípios do SUS e da Atenção Primária em Saúde, e ressalta as deficiências da mera transposição da clínica tradicional ao contexto da APS. Goya Rasera (2007), reforçam as críticas à clínica em Saúde Pública estruturada sob o modelo do “profissional liberal psicoterapeuta”, com intervenção centrada no indivíduo e atendimentos extensos, afirmando que a atuação neste contexto deve ser voltada a ações de caráter comunitário, com maior impacto social.

Levcovitz e Garrido (*apud*, ROSA e LABATE, 2005), consideram que o enfrentamento dessa demanda característica da Saúde Pública, que exige um perfil profissional voltado ao trabalho interdisciplinar e intersetorial, só pode se dar diante da possibilidade de formação diferenciada, exigindo um novo profissional diante de uma nova estratégia de ação. Como apontado por Guareschi, et.al.(2009), a construção de um currículo em Psicologia voltado à Saúde, e em especial, à Saúde Pública, é um fenômeno recente (com menos de uma década), e no momento, certamente a maioria dos profissionais ainda possui

uma formação “tradicional”, voltada às Ciências Humanas, à clínica a longo prazo, e a funções diagnósticas e normatizantes.

Benevides (2005) considera que, para além de pensarmos uma psicologia individual ou grupal em Saúde Pública, precisa-se pontuar a ação política deste campo de saber junto à construção de novas formas de saúde, bem como a inserção política de indivíduos e grupidades neste trabalho. A autora acena para esta dicotomia desejo/indivíduo x política/social como um dos impasses que dificultam a ampla inserção da Psicologia nos debates e práticas em saúde:

Como romper com a tradição de uma Psicologia cuja história, datada do final do século XIX, atrela-se ora a uma perspectiva objetivo-positivista, ora a uma perspectiva interno-subjetivista, mantendo, de todo modo, a separação em registros excludentes, das esferas individual, grupal, social?

(...) Aqui, me parece, há uma pista importante para seguirmos, pois é a partir da fundação da Psicologia nestas dicotomias que o individual se separou do social, que a clínica se separou da política, que o cuidado com a saúde das pessoas se separou do cuidado com a saúde das populações, que a clínica se separou da saúde coletiva, que a Psicologia se colocou à margem de um debate sobre o SUS. (Idem, p.22).

Pensar a clínica, seja qual for a sua forma, como algo apolítico, ou não-social, não deixa de ser um modo simplista de ver a realidade do trabalho do psicólogo e de sustentação de antigas dicotomias. Benevides (2005), salienta a questão acerca dos compromissos ético-políticos que permeiam a prática psicológica, e afirma que “(...)a clínica em sua relação com os processos de produção de subjetividade implica, necessariamente, que nos arrisquemos numa experiência de crítica/análise das formas instituídas, o que nos compromete politicamente” (p. 22-3).

Tal compromisso político, dentro do que reza do SUS, deve respeitar algumas diretrizes pautadas principalmente pelo respeito aos Direitos Humanos e pelo direito a saúde integral. Isso não pode ocorrer sem o abandono de alguns princípios tradicionais da Psicologia do século XX, como o olhar normatizante e o trabalho um tanto “solitário” do psicólogo clínico.

De acordo com o princípio da equidade, os sujeitos devem ser respeitados no que se refere às suas individualidades; é a garantia do direito à diferença. Já a integralidade é a afirmativa de que os sujeitos devem ser compreendidos como um todo biopsicossocial. Estabelece-se, assim, a necessidade de um trabalho em equipes transdisciplinares, uma vez que as diversas áreas do conhecimento terão de dialogar para se chegar ao entendimento de atenção em saúde a que o SUS se propõe. Nesse sentido, uma Psicologia fundamentada no estabelecimento de padrões de comportamento descritivos que regulamentam o que é normal e o que é desviante assume uma postura disciplinadora de condutas e não tem como dar conta

de um olhar voltado para o respeito à alteridade, a qual compreende as condições de produção de vida de cada indivíduo. (GUARESCHI, et.al.,2009. p.42).

Nota-se que não há uma posição consensual quanto ao melhor método, base epistemológica ou enfoque teórico para o trabalho na atenção básica, antes, há um consenso quanto ao que *não deve ser* o posicionamento profissional de um psicólogo neste contexto, independentemente de sua formação ou opção teórica. Toma-se como indesejável um trabalho demasiadamente centrado no indivíduo, que ignore o contexto social como participante de estados de saúde ou doença, do mesmo modo, não é viável esquecer do *sujeito* que compõe a vida coletiva – que a constrói e é por ela constituído. Também, é indesejável, e mais, há franca inconformidade com os princípios do SUS, qualquer prática que traga em si a *norma* como princípio regulador da subjetividade, dos relacionamentos e dos modos de existência – aí a necessidade de rever conceitos de saúde e doença, urgindo conceber a possibilidade vida digna e felicidade, mesmo dentro das tradicionais categorias nosológicas da psiquiatria, tal qual pensado pela Reforma Psiquiátrica. Por fim, nota-se a inviabilidade de uma ação demasiadamente solitária, característica da clínica psicológica privada, já que a ESF se faz necessariamente em equipes, havendo a premência por atividades multidisciplinares, e pelo compartilhamento dos casos e das responsabilidades com os demais profissionais, gerando um efeito de potencialização da equipe, que pode, como um todo, se tornar mais capacitada para lidar com o sofrimento mental.

4- Considerações sobre a experiência em uma equipe de ESF:

Iniciar a atividade como psicólogo em uma Unidade de Saúde na qual opera uma ESF é um experiência bastante diferente de outras formas de atuação relacionadas à saúde, como a clínica psicoterápica, mesmo que desenvolvida em ambulatórios públicos. O fator “equipe” dá este diferencial, pois não se trata de uma gama de profissionais com os quais contar (como pensa a lógica do encaminhamento, presente em clínicas, hospitais e ambulatórios), mas sim um grupo com o qual a interação é fundamental e intransponível. Tal interação se materializa nas reuniões de equipe, em que se problematizam as demandas da comunidade e se pensam as possibilidades de intervenção.

Um dos pontos mais marcantes desse processo é a heterogeneidade dos sujeitos que habitam esta prática. Diversidade de formação, de origem, de linguagens. Estrutura-se aí um campo político, por vezes possuidor de matizes de cooperação, por vezes francamente polêmico, havendo uma espécie de prolongamento da conflitiva social vivida para além das

paredes da Unidade de Saúde. A presença de Agentes Comunitários de Saúde, ora interventores, ora alvo das intervenções na comunidade, pois originários dela mesma, contribuem sobremaneira para este fecundo e democrático diálogo (ou luta) entre o saber “oficialmente instituído” representado pelas Ciências da Saúde e pela Administração Pública, e a cultura local, fundamentada na experiência cotidiana e na tradição.

Afirma-se que, “ (...) por sua proximidade com famílias e comunidades, as equipes da atenção básica são um recurso estratégico para o enfrentamento de agravos vinculados ao uso abusivo de álcool, drogas e diversas formas de sofrimento psíquico ”(BRASIL, 2011b, p.3). Tal fator salta aos olhos na fala dos Agentes Comunitários, que se revelam profundos conhecedores das histórias de vida e das condições atuais de cada família visitada, enfim, dos processos pelos quais se desenrolam os vínculos familiares, o sofrimento, a saúde ou o adoecer, ou seja, a construção social dessas subjetividades. No entanto, tal conhecimento significa um saber sobre a *etiologia* dos problemas, mas que não se traduz necessariamente em uma possibilidade de intervenção resolutiva, seja por limitações técnicas da equipe, seja pelo caráter implacável de determinadas condições, principalmente de cunho familiar e social (aí também cabe pensar a premência por ações intersetoriais, dirigidas à habitação, geração de renda, assistência social, educação, combate à violência, etc., que acabam por ser diretamente vinculadas à saúde e a qualidade de vida da população).

A equipe de ESF possui um posicionamento tático interessante frente aos problemas de saúde à medida que está literalmente “dentro das casas” de sua clientela. Tal prática, evidentemente bio-política¹, não está livre de críticas. Como apontam Rosa e Labate (2005), “(...)essas visitas podem significar excessiva intromissão do Estado na vida das pessoas, limitando seu grau de privacidade e liberdade” (p.1031). De tal modo, pode-se observar um significativo número de intervenções alheias à vontade de alguns cidadãos, que acabam por resistir, ativamente ou de modo implícito, as ações da equipe de saúde. Pensar uma intervenção psicológica sob tais condições – de coação, falta de demanda do paciente, ou obrigatoriedade, é arriscar-se em uma experiência, na melhor das hipóteses, inoportuna e inócua. Dentro desta dinâmica, em que emerge a necessidade de uma ação cujo propósito não é de todo compreendido pela população, salienta-se o papel fundamental da educação como elemento capaz de viabilizar o sucesso do trabalho das equipes de ESF. Como consideram Alves e Aerts (2011),

¹ Bio-política, como definido por Michel Foucault, são práticas governamentais de gestão dos homens, que incidem sobre regularidades da vida populacional. A vida em geral, com seus diversos eventos – nascimentos, adoecimentos, mortes, natalidade, etc. se torna alvo da política, objetos de intervenção do poder estatal e de produção de saberes.

A educação em saúde não deveria ser normativa e centrada na culpabilização do educando e, sim, deveria estimular a adoção voluntária de mudanças de comportamento, sem nenhuma forma de coação ou manipulação. Isso significa que as informações sobre saúde e doença devem ser discutidas com os indivíduos e grupos populacionais para, a partir dessa reflexão, ser possível a opção por uma vida mais saudável. Essa opção deve estar fundamentada na análise da realidade que se faz a partir da identificação de problemas e necessidades de saúde da população. A partir de então, deve-se estimular a reflexão crítica da realidade. Para tanto, as ações de educação em saúde devem estar voltadas para a melhoria dos determinantes da saúde. (p.321).

Dentro de grupos nos quais se desenvolvem cuidados específicos a determinados públicos (diabéticos, hipertensos, gestantes, etc.) a ação do psicólogo, assim como de outros profissionais de saúde, se reveste de um caráter primordialmente educacional, podendo ser desenvolvido nos moldes acima referidos. O fato da educação em saúde ser operada por técnicos que participam diretamente da vida da comunidade através da ESF gera esta possibilidade de educação como processo contínuo e contextualizado. Com relação aos atendimentos psicológicos, em diversas situações, intervenções educativas se tornam condição *sine qua non* da adesão aos tratamentos, são práticas que, além de serem executadas, precisam ser explicadas ao paciente, em seus objetivos, motivações e procedimentos, dado que culturalmente, as questões de saúde costumam ser pensadas somente em sua dimensão física.

Embora o SUS e a ESF priorizem outras formas de ação que não somente a clínica individual, a lógica do encaminhamento “ao psicólogo” é marcante. Frequentemente, a equipe espera do profissional uma ação clínica tradicional, e a experiência evidencia que também a comunidade atendida possui esta expectativa. Frente a esta demanda, tem-se a sobrecarga do sistema (ou do profissional) que rapidamente vê seu tempo largamente dedicado a atendimentos clínicos previamente agendados, e a formação de longas filas de espera por atendimento. Tal questão evidencia o problema da gestão da atividade do psicólogo em saúde pública, incitando alguns questionamentos e gerando impasses.

O atendimento em grupos costuma ser pensado como uma solução para o problema da razão entre o número de pacientes e a oferta de atendimento. No entanto, corre-se o risco de adotar a grupoterapia como indicação terapêutica seguindo a critérios meramente matemáticos, e não como uma decisão fundamentada propriamente em critérios técnicos. A prática cotidiana nos mostra que a grupoterapia desenvolvida sem a efetiva indicação terapêutica acaba apresentando um alto índice de abandonos, mostrando-se uma ação anódina, que cumpre o papel de diminuir as listas de espera e reduzir, *na equipe*, a sensação de

desatenção com os casos ou de sobrecarga. Oferece-se um serviço que, sabidamente, não será suficiente ou bem-recebido pelo paciente, e aí o previsível fracasso de boa parte das intervenções. Já em condições nas quais o grupo é uma indicação tecnicamente fundamentada, observa-se boa adesão ao tratamento e efetiva melhora na qualidade de vida dos participantes.

Tais experiências nos indicam que a lógica “custo-benefício” ou a proporção entre pacientes e técnicos não podem ser critérios definitivos na escolha das intervenções, tanto no que se refere à modalidade (individual, comunitária, grupal, familiar, domiciliar, etc.), quanto em seu tempo de duração. Tomar atendimentos individuais e/ou de longa duração como um custo excessivo ao sistema de saúde ou como um “luxo” que só pode existir na rede privada, é opor-se a possibilidade de resolução de problemas que atormentam e inibem a vida de diversos pacientes e seus familiares, sendo uma recusa frente ao direito constitucional à saúde.

Diversas são as críticas a um modelo psicoterápico tradicional transposto à saúde pública, e isso efetivamente não é condizente com o funcionamento da ESF e do próprio SUS, no entanto, isso não pode significar o abandono do cuidado individualizado quando este se fizer necessário, pois o atendimento é público, mas a existência do sujeito atendido é privada, e como tal deve ser respeitada. Ao abrir mão da atenção individual, corre-se o risco de estarmos abrindo mão de algo que caracteriza a Psicologia, que é a valorização da subjetividade e da história de vida de cada um, uma história que, obviamente, não se desvincula de uma realidade social e cujos efeitos não deixam de impactar sobre tal realidade. Deste modo, também não podemos pensar um atendimento individual como algo de “pequeno impacto social”, dado que as dimensões individuais e sociais são elementos indissociáveis. Antes, o impacto social do trabalho psicológico será determinado pelas premissas éticas que pautam o fazer cotidiano, seja qual for a modalidade de ação, ela deve ser alinhada com ideais humanos e libertadores, ou seja, com o que prioriza o SUS.

Conforme GUARESCHI, et.al. (2009), “o SUS visibiliza a concepção de saúde pautada não mais na simples ausência de doença, mas na promoção das condições de vida dos sujeitos, lançando assim um olhar integral que abarque os diversos contextos sociais e culturais em que os indivíduos estão inseridos” (p.43). E para que tal intento se efetive, nada mais conveniente do que abarcar a subjetividade, o comportamento e as relações humanas nas ações de saúde, de modo que a Psicologia pode contribuir sobremaneira para a efetivação deste projeto de saúde pública.

Considerações finais:

A ausência do psicólogo nas equipes de Saúde da Família evidencia a visão organicista ainda reinante sobre o campo da saúde pública. Tal posicionamento do Poder Público contraria os achados da prática cotidiana, que nos mostram um vasto número de agravos à saúde cuja etiologia remonta a fatores emocionais, relacionais ou a fatos impactantes da vida dos pacientes, assim como são frequentes os quadros patológicos orgânicos que desestruturam emocionalmente indivíduos e famílias. Situações nas quais, uma equipe básica de ESF vê seu potencial de ação rapidamente esgotado, urgindo por alguém que assuma a especificidade desses fenômenos e que, além disso, contribua para facilitar a escuta e a ação dos diversos profissionais que compõem a equipe.

Na ESF, principalmente em comunidades economicamente desfavorecidas, experiências geradas pelas condições de vulnerabilidade social, como abuso sexual, violência e insegurança, privação de bens necessários, contato com drogas e criminalidade, negligência e abandono, emergem como uma forte demanda para o atendimento psicológico. Atendimento que, nessas circunstâncias, não se vincula a ideia de supressão de sofrimento (papel que é cumprido pelo frequente uso de medicações psicotrópicas), mas sim de enfrentamento e resolução de problemas, aí seu sentido francamente social e politicamente engajado, que visa contribuir para a potencialização dos sujeitos e da comunidade frente a seus sofrimentos cotidianos.

Por vezes se insinua a viabilidade de um psicólogo especialista em Psicologia Social-Comunitária para dar conta das ações na Atenção Básica. No entanto, frente à diversidade das demandas, não caberia um profissional generalista, capaz de atender o todo e as partes, o amplo e o específico – visão presente, por exemplo, na escolha dos médicos, enfermeiros e odontólogos que atuam nesses contextos? Não é possível, até o momento, vermos uma teoria, método ou prática que efetivamente possa se afirmar como “a mais adequada” para tal situação, pois a heterogeneidade do trabalho em ESF desbanca qualquer solução fácil, qualquer prática pré-programada. Cabe ao psicólogo possuir/desenvolver sólida formação, e a partir disso, abrir-se ao diálogo com seus colegas de equipe, com outros setores, e com a população atendida, e preservar dentro de sua prática o compromisso com a construção de um sistema de saúde digno e eficiente.

A proximidade com a comunidade atendida é uma oportunidade de atenção à saúde mental que não pode ser desperdiçada com encaminhamentos a serviços especializados, esses sim, departamentalizados e desconexos com a realidade próxima do paciente, e desvinculados

dos demais serviços oferecidos. A equipe dá maior inserção às ações do psicólogo, costurando-as com as diversas práticas de atenção à saúde, sendo um lugar privilegiado de promoção de cuidado.

Por fim, pode-se considerar que fazer Psicologia junto a ESF é *lutar pelo sujeito*, principalmente quando ele se apaga frente ao assujeitamento do diagnóstico, da medicalização do sofrimento, da cronificação e da incurabilidade, e que por vezes, se abate pelo conformismo com a agonia, social e culturalmente determinada. Um sujeito que, neste contexto, nos mostra seus vínculos, sua história, seu dia-a-dia, os modos pelos quais de diferencia e se massifica em seu existir social. É encontrar pessoas e promovê-las a *sujeitos de uma prática*, deslocando-as do *status de objetos de uma intervenção*.

Referências bibliográficas:

ALVES, Gehysa Guimarães; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. *Ciência e saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, jan. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000100034&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 mai. 2011.

BENEVIDES, Regina. A psicologia e o sistema único de saúde: quais interfaces?. *Psicologia & Sociedade*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, ago. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822005000200004&lng=pt&nrm=iso . Acesso em 27 mai. 2011.

BRASIL. Lei 4.119 de 27 de agosto de 1962 - Regulamenta a profissão de Psicólogo. Disponível em: <http://www.abepsi.org.br/web/linha_do_tempo/memoria/docs/fr_1962_1.htm>. Acesso em 20 fev. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Portaria N° 750, de 10 De Outubro de 2006*. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/PT-750.htm>> . Acesso em 19 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família*. s/d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em: 06 mai. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. *Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários – inclusão das ações de Saúde Mental na Atenção Básica*. s/d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>>. Acesso em: 13 mai. 2011.

CARVALHO, Antonio Ivo de. *Políticas de Saúde: Fundamento e diretrizes do SUS*. Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2010.

FOUCAULT, Michel. *O poder Psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

GOYA, Ana Carolina Abdala; RASERA, Emerson Fernando. A atuação do psicólogo nos serviços públicos de Atenção Primária à Saúde em Uberlândia, MG. *Horizonte Científico*. v.1, 2007. p.1-27. Disponível em: < <http://www.seer.ufu.br/index.php/horizontecientifico/article/viewFile/3827/2832>> Acesso em: 13 mai. 2011.

GUARESCHI, N.M.F.; et.al. A formação em Psicologia e o profissional da Saúde para o SUS (Sistema Único de Saúde) *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 61, n. 3, 2009. p.35-45. Disponível em: <<http://www.psicologia.ufrj.br/abp/>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

PAIVA, F. S.; RONZANI, T.M. A inserção do psicólogo na Atenção Primária à Saúde: possibilidades e desafios do trabalho em saúde coletiva. *Rev. APS*, v. 12, n. 1, p. 88-92, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/177/168>>. Acesso em: 12 fev. 2011.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi; Programa saúde da família: A construção de um novo modelo de assistência. *Revista Latino-americana de Enfermagem* nov-dez. 2005.; 13(6). p.1027-34 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16.pdf>>. Acesso em 10 mai. 2011.